Rok XXXVIII. Kraków, 2 Września 1899. Nr. 35.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 2 Września 1899. Nr. 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurginznej Radcy Dworu Prof. Dra Rydygiera we Lwowie.

Przedoperacyjne wstrzykiwanie żelatyny, jako środka zapobiegającego krwotokowi podczas operacyi [1]).

Podał

Dr. Eugeniusz Karchesy

c. i k. lekarz pułkowy przydzielony do kliniki.

Lancereaux, badając działanie rozczynów żelatyny, wstrzykniętych do jamy otrzewnowej na krzepliwość krwi, doszedł do następnych wyników. Krew zwierzęcia, wypuszczona z tętnicy dogłowowej, krzepnie po upływie 3 minut. Jeżeli jednak przedtem wstrzyknięto do jamy brzusznej rozczyn żelatyny, a dopiero w godzinę potem badano zachowanie się krwi, to sprawa krzepnięcia występowała już po upływie 1 minuty. Krzepliwość była więc po wstrzyknięciu żelatyny znacznie większą. W późniejszych doświadczeniach na ludziach stosował Lancereaux w celach leczniczych podskórne wstrzykiwania 1%—5% rozczynów żelatyny, w przeciętnej ilości 200 gramów, w przypadkach tętniaków, a szczególnie tętniaków tętnicy głównej. Wstrzykiwania te miały wywoływać tworzenie się skrzepów w tych miejscach, gdzie obieg krwi był powolniejszy, a zmiany w ścianach naczyń do tego usposabiały; warunki te istniały właśnie w samych tętniakach.

W swoich przypadkach nie spostrzegał Lancereaux ani miejscowych, ani też ogólnych niebezpiecznych działań ubocznych. A zwłaszcza z drugiemi liczyć się musimy z tego względu, że przy wzmożonej krzepliwości krwi mogłoby przyjść łatwo do zaburzeń w krążeniu włosowatem płuc, nerek, mózgu lub też innych narządów. Myślę głównie o zatorach i zakrzepach.

Przy tych zabiegach operacyjnych, gdzie już z góry spodziewamy się obfitszego krwotoku miąższowego, byłoby dla chorego rzeczą bardzo korzystną, gdyby się nam powiodło krwotok zmniejszyć lub usunąć. Zachęcony przeto przez mojego obecnego szefa i uzyskawszy pozwolenie do wyzyskania w tym celu chorych klinicznych, za co mu i tu serdecznie dziękuję, wykonałem w pięciu przypadkach próby; uprzedzam jednak, że wyniki tych prób zawiodły po części nasze oczekiwania. Postępowaliśmy zaś tak: Na godzinę przed rozpoczęciem operacyi wstrzykiwaliśmy w tkankę podskórną zewnętrznej strony uda, po dokładnem oczyszczeniu skóry, 200 gramów 2% rozczynu żelatyny w wodzie słonej fizyologicznej. Rozczyn żelatyny był dokładnie wyjałowiony i aż do chwili użycia przechowywany w lodowni. Wstrzykiwano za pomocą strzykawki 50-gramowej, ogrzawszy żelatynę do + 38 C. zapomocą wstawienia kolbki do gorącej wody. Samo wstrzykiwanie było mało bolesne, skóra w miejscu wstrzyknięcia mocno się wypukłała. Każdą strzykawkę wbijaliśmy w świeże miejsce, nieco oddalone od poprzedniego, żeby ciecz wstrzykniętą rozdzielić na jak największej przestrzeni i przyspieszyć przez to wchłanianie. Na miejsce nakłóć i na wywołany sztuczny obrzęk zakładaliśmy natychmiast opatrunek wysychający z płynu Burowa i ściągali go mocno opaską kalikotową. Zabiegi te miały przyspieszyć wessanie rozczynu żelatyny.

Dokładnie po upływie godziny przystępowaliśmy do uśpienia, a następnie do operacyi; można więc przyjąć, że pierwsze cięcia prowadzono po upływie 5 kwadransów. Po wypreparowaniu mięśni spostrzegaliśmy, że miały połysk woskowy, odmienny od tego, jaki okazują w prawidłowych warunkach. Przecięte tętnice i żyły krwawiły równie silnie, jak zwykle, jednak z naczyń najmniejszego kalibru i z naczyń włosowatych krwotok był stanowczo mniejszy, pole operacyjne pokrywało się szybko wiotkimi skrzepami.

Że żelatyna już wtedy w znacznej ilości przeszła do obiegu krwi, mogliśmy się przekonać z rozbioru moczu, wypuszczonego cewkiem bezpośrednio po ukończeniu operacyi. Mocz ten, wypuszczony w dwie godziny po wstrzyknięciu, zawierał znaczną ilość substancyi mucynowatej, a w dwóch przypadkach także ślad białka. Natomiast mocz, oddany bezpośrednio przed wstrzyknięciem żelatyny, wykazywał składniki prawidłowe. Niezwyczajny ten skład moczu utrzymywał się przez dwa dni, takiego więc czasu było potrzeba do wydalenia wszystkiej żelatyny i do usunięcia przez nią wywołanych zmian.

Unikając rozwlekłości, przytaczam tylko jeden rozbiór moczu w przypadku wola, operowanego dnia 13 lipca r. b. W moczu z dnia 13 lipca znajduje się w znacznej ilości istota mucynowata; w tym przypadku połączenie białka z kwasem chondroid-siarkowym lub też nukleinowym; po strąceniu tej substancyi znajduje się jeszcze wolne białko. Mocz z dnia następnego posiada skład podobny, substancyi mucynowatej znacznie mniej, białka niema. W obu moczach brak peptonu, albumozy i globuliny. W moczu z dnia 15-go lipca składniki prawidłowe.

Ponieważ więc w żadnym przypadku nie znaleźliśmy peptonu w moczu, natomiast wykazać można było istotę mucynowatą, wnosimy, że żelatyna przechodzi do krążenia niezmieniona, a nieprzeobrażona w pepton, jak sądzili Laborde, Gley i Camus i tem samem przychylamy się do zdania Lancereaux.

Z przebiegu pooperacyjnego można o dalszem działaniu rozczynu żelatyny wysnuć niejakie wnioski. W przy-

[1]) Według wykładu na IX Zjeździe chirurgów w Krakowie.

padku pierwszym, wola wielkości pomarańczy, operowanego sposobem Socina, w 6 godzin po operacyi, przy której krwawienie było naprawdę mniejsze, wystąpił, pomimo dokładnie przylegającego opatrunku, silny krwotok pooperacyjny. Wypływająca krew przesączyła się przez gruby opatrunek, a silniejszy ucisk, przez nałożenie świeżych płatów waty i przez silniejsze ściągnięcie, pozostał bez skutku. Musiano więc ranę otworzyć i reszty torebki obszyć gęsto jedwabiem.

W przypadku operacyi tłuszczaka wielkości głowy dziecka wytworzył się pomimo dokładnie założonego opatrunku krwiak, który dopiero po upływie 10 dni bez dalszych powikłań uległ wessaniu.

W dwu przypadkach wycięcia sutka, zajętego rakiem, z wyłuszczeniem gruczołów podpachowych wraz z tkanką łączną, powięziami i powierzchownemi warstwami mięśnia piersiowego większego, krwawienie miąższowe było w czasie operacyi mniejsze jak zwykle; pod pachą jednak nagromadziła się następnie krew czarna i płynna, a skóra w sąsiedztwie rany była miejscami zielonkowato zabarwiona z powodu wessania barwika krwi, wylanej między tkanki.

W pierwszej zatem chwili żelatyna rzeczywiście sprowadza łatwe krzepnięcie krwi, sądząc jednak z dalszego przebiegu, działanie to wkrótce przemija, skrzepy utworzone rozpuszczają się i występuje krwotok mniej lub więcej znaczny między uszkodzone tkanki. Temu krótkotrwałemu działaniu zawdzięczamy jednak prawdopodobnie, że nie występują żadne powikłania ze strony płuc, mózgu lub nerek.

W dalszym przebiegu pooperacyjnym zauważyliśmy występowanie w pierwszym tygodniu stanu podgorączkowego. Ponieważ przy zmianie pierwszego opatrunku po pięciu dniach nie znaleźliśmy nigdy ani obrzęku zapalnego, ani też ropienia, rana goiła się doraźnie, a powikłań ze strony płuc i innych narządów nie było, musimy więc przyjąć, że wessanie większej ilości krwi wylanej wywoływało to podwyższenie ciepłoty. Że żelatyna, jako taka, w tej ilości podskórnie wstrzyknięta, podwyższenia ciepłoty nie wywołuje, przekonaliśmy się na klinice wewnętrznej, gdzie stosowano wstrzykiwania żelatyny w leczeniu tętniaków aorty.

Z objawów miejscowych wymienić wypada, że zabieg sam jest mało bolesnym. Obrzęk już po upływie 6 godzin znikał, utrzymywało się natomiast miękie trzeszczenie i bolesność na ucisk przez dwa dni. Zaczerwienienia skóry, stwardnień lub podwyższonej ciepłoty w miejscu wstrzyknięcia, nigdy nie zauważyliśmy.

Praktyczna wartość tego środka przy zabiegach chirurgicznych u ludzi z prawidłowym składem krwi nie jest zatem znaczna. Podwiązując dokładnie najdrobniejsze naczynia i bez żelatyny dużo krwi nie stracimy i nie potrzebujemy się obawiać krwotoku następowego. Stosując żelatynę, musimy założyć silniejszy i elastycznie uciskający opatrunek, ażeby krew nie tak łatwo się wylewała. Co do ilości roztworu żelatyny, którą można wstrzyknąć, ostatnie doświadczenie u chorej, ważącej 25 klg., u której skutek bezpośredni był najwydatniejszy, przemawiałoby za tem, że u ludzi dorosłych bez wad organicznych możnaby wstrzykiwać podskórnie do 400 gramów 2% roztworu w celu spotęgowania działania.

Z powodu krótkotrwałego wpływu podskórnych wstrzykiwań żelatyny nie zdaje się być pewnem jej działanie w krwotokach płucnych u gruźliczych, w krwotokach z kiszek w przebiegu duru, przy wrzodzie okrągłym żołądka, pomimo, że Curschmann w Lipsku zalecał ten zabieg w podobnych przypadkach. Również jest wątpliwem, czy sposób ten dałby się zastosować w przypadkach ginekologicznych, n. p. w przypadku krwotoku w przebiegu ciąży zamacicznej.

Teoretycznie możnaby przypuścić, że zabieg ten dałby się zastosować z korzyścią przy większych operacych u krwawców, gdyż silnie uciskający opatrunek mógłby zmniejszyć lub usunąć krwawienie następowe. Przy małych operacyach zbytecznem jest wstrzykiwanie podskórne żelatyny nawet u krwawców, gdyż wiadomo, że rany cięte u takich osobników nie krwawią bardziej, niż u innych. Nie wiemy zresztą, jak żelatyna na krew krwawców działa; możemy wprawdzie przypuszczać, że tak, jak u ludzi prawidłowych; może jednak skutek byłby widoczniejszym, podobnie jak wpływ środków przeciwgorączkowych u ludzi prawidłowych jest mały, a bardzo zaś jest widocznym u ludzi gorączkujących. W każdym razie możnaby próbować u krwawców wstrzykiwań podskórnych żelatyny przed operacyami, nie wyrzekając się nadziei powodzenia.

Opis przypadków:

1) Jan Dyda, lat 23; wól (*struma parenchymatosa*) wielkości pomarańczy, operowany sposobem Socina dnia 26 kwietnia b. r. Pacyent słabo rozwinięty, wygląda na chłopca 14-letniego. W czasie operacyi nieznaczne krwawienie; w sześć godzin potem bardzo silny krwotok pooperacyjny. Ranę otwarto i resztki torebki obszyto gęsto jedwabiem. Ciepłota: 26 kwietnia wieczorem 36·1, silny zapad. 27. IV. rano 36·4, w. 37·9. — 28. IV. r. 37·3, w. 37·8. — 29. IV. r. 37·4, w. 37·9. — 30. IV. r. 37·9, w. 38·7. — 1 maja r. 39·5, w. 40·2. — 2. V. r. 39·3, w. 40·4. — 3. V. r. 38·3, w. 39·7. — 4. V. r. 39·7, w. *Exitus.* Ilość i jakość tętna odpowiednio do ciepłoty zmienna; znaczny zapad sił, wymioty żółciowe, ostatniego dnia nieprzytomny.

Sekcya wykazała: Ogólna niedokrewność, zwyrodnienie miąższowe nerek, wątroby, serca, nieznaczny obrzęk śledziony, obrzęk kęp Payera w jelitach wielkich. Rana zagojona doraźnie, ropienia nigdzie nie było. Przypuszczając dur brzuszny, założono hodowle, jednak z wynikiem ujemnym.

2. Udie Zwerdling, lat 45, osoba bardzo otyła. Rak sutka w wewnętrznym dolnym odcinku, gruczoły pachowe zajęte. 1 lipca operacya w uśpieniu chloroformowem. Krwawienie miąższowe mniejsze, niż zwykle, mięśnie mają połysk woskowy, tworzą się liczne wiotkie skrzepy. Przebieg pooperacyjny podgorączkowy, ciepłota wieczorem nie przekracza +37·5 C.; piątego dnia wieczorem nagle 39·1; powikłań ze strony płuc niema. 6 lipca zmiana opatrunku. Obrzęku zapalnego lub ropienia niema, z pod pachy, po wyjęciu setonu, wypływa około dwóch łyżek czarnej, płynnej krwi. Skóra miejscami w okolicy rany sino zabarwiona. Stan podgorączkowy wieczorem utrzymywał się do 10 dnia po operacyi. 12 lipca rana zagojona doraźnie, ziarniny zdrowe w miejscu setonu, ropienia nie było.

3) Chaja Fuchs, lat 32, osoba szczupła. Rak sutka w zewnętrznym dolnym odcinku, gruczoły pod pachą zajęte. 30 czerwca operacya w uśpieniu chloroformowem. Krwawienie nieznaczne, zresztą te same objawy, co w przypadku poprzednim. Ciepłota wieczorna wahała się między + 37·1 a 37·6; 5 lipca zmiana opatrunku, obrzęku lub ropienia niema. Z pod pachy wylało się nieco czarnej, płynnej krwi. 7 lipca stan bezgorączkowy. — 14 lipca rana zgojona doraźnie, pod pachą w miejscu setonu ziarnina.

4) Józef Wojciechowski, lat 41. Tłuszczak pośladka wielkości głowy dziecka. 1 lipca operacya w miejscowem znieczuleniu sposobem Schleicha. Krwawienie bardzo małe. Pomimo braku powikłań podwyższenie ciepłoty ciała, która wahała się wieczorami między +37·3 a 38·3; rano prawidłowa. 6 lipca zmiana opatrunku. Ropienia, ani nacieku zapalnego niema. Skóra na pośladku sino zabarwiona, w miejscu rana nieco wzniesiona, przy ucisku wypłynęło z dolnego brzegu rany nieco krwi płynnej, czarnej. 10 lipca rana zagojona doraźnie,

krwiak prawie zupełnie wessany, tylko miejscami można jeszcze wyczuć miękie trzeszczenie (*crepitatio*) podskórne.

5) Marya Kływiak, lat 12. Wól (*struma parenchymatosa*) obustronny, po każdej stronie wielkości jaja gęsiego, płat środkowy powiększony. 13 lipca operacya sposobem Kochera w uśpieniu chloroformowem; wyjęcie płata prawego i resekcya środkowego. W tym przypadku było krwawienie nieznaczne, pomimo niezwykle silnego unaczynienia wola. Krwawienia pooperacyjnego nie było. Ciepłota wieczorna wahała się między + 37·4 a + 37·7, pomimo że nie było żadnych objawów ze strony rany, ani też żadnych powikłań. 18 lipca zmiana opatrunku, rana zagojona doraźnie, seton, wyjęty z dolnego kąta rany, suchy. 26 lipca została wypisana jako wyleczona.

W tym ostatnim przypadku, pomimo że chora ważyła zaledwie 25 klg., wstrzyknęliśmy 200 grm. rozczynu 2%; skutek był też najwidoczniejszy. Ponieważ tedy w stosunku do poprzednich otrzymała ta chora podwójną dawkę, możnaby więc u ludzi dorosłych bez wad organicznych stosować wstrzykiwania w większej ilości do 300 lub 400 grm. 2% rozczynu w celu wywołania widocznego skutku.

Piśmiennictwo.

A. Dastre et N. Floresco: Sur l'action coagulante de la gélatine sur le sang (*G. R. Société de Biologie* 29 Février 1896). — 2) Lancereaux et Paulesco: Du traitement des anévrismes par des injections sous-cutanées d'une solution gélatineux. (*Bull. de l'Académie de Médicine de Paris 1897*). — 3) Lancereaux et Paulesco: Nouvelle methode du traitement des anévrismes. (*Journal de Médicine 1898*. 1. Octobre. — 4) Camus et Gley: A propos de l'action coagulante de la gélatine sur le sang. (*Comp. rend. d. l. Soc. d. Biologie 1898* Nr. 35). 5) Teofil Zalewski: Wpływ wstrzykiwań peptonu do żyły. (*Akademia umiejętności, Kraków, 1897*).

II. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Ludwika w Krakowie.

O leczeniu chirurgicznem puchliny jamy brzusznej w przebiegu marskości wątroby (*Cirrhosis hepatis*).

Podał

Docent chirurgii Dr. Aleksander Bossowski

kierownik oddziału.

(Dokończenie).

Po pojawieniu się pierwszej wzmianki o wyżej przytoczonym przypadku Delagéniéra, postanowiłem u chorej z wybitną marskością wątroby, leczonej w szpitalu św. Ludwika, u której znaczna puchlina brzuszna w ilości 8 litrów usunięta w lipcu przez nakłócie, wkrótce ponownie się rozwinęła, wykonać laparatomię i cholecystostomię, naśladując wiernie postępowanie obrane przez Delagéniéra.

Przypadek mój dotyczył dziewczynki E. S., lat 10 liczącej, której dzieje choroby są następne:

Wywiady wskazują, że do 9-go roku życia była zupełnie zdrowa. Przed rokiem zauważono, że obwód brzucha wzrasta z każdym niemal dniem więcej. Od czasu do czasu zatrzymywał się mocz i stolec; uczucie duszności i brak apetytu trwają od kilku miesięcy. Rodzice dziecka zmarli na gruźlicę.

Stan obecny: d. 7. IV 1898. Budowa i odżywienie miernie dobre. Ciężar 29 kilogr. Narządy klatki piersiowej nie wykazują zmian. Brzuch silnie wzdęty mierzy w największym odwodzie 87 ctm. Skóra brzucha mocno napięta, połyskująca, okazuje liczne, porozszerzane żyły, przebiegające od pachwin do dolnych odcinków klatki piersiowej. Pępek wypuklony w guz wielkości jabłka, którego zawartość stanowi płyn i jelito, dające się łatwo odprowadzić do jamy brzusznej. Przy obmacaniu czuje się wyraźne chełbotanie w całym brzuchu. Wątroba rozmiarów dużych, brzeg jej twardy sięga na 4 palce niżej łuku żebrowego i przechodzi 5 ctm. po za linię środkową. Żółtaczki niema. Stłumienie wypukowe śledziony powiększone. Mocz i kał nie okazują zmian, barwa ich prawidłowa. Ilość moczu na dobę waha się między 650 a 930 sz. c. Ciepłota ciała prawidłowa.

Po bezskutecznem leczeniu wewnętrznem przy podawaniu kalomelu i diuretyny, po których to środkach 24 godzinna ilość moczu zwiększyła się do 1000—1200 sz. c., przy czem waga ciała utrzymywała się na tej samej wysokości, a obwód brzucha bardzo nieznacznie się pomniejszył, wobec znacznej sinicy na twarzy i utrudnionego oddechu, wykonałem d. 27 lipca nakłócie w linii środkowej, poniżej pępka, po którem wypłynęło około 8 litrów płynu opalizującego, lekkomętnego, o ciężarze gatunkowym 1·012 i zawartości białka 2·5 *pro mille*. Z chwilą opróżnienia jamy brzusznej z przesączyny sinica twarzy ustąpiła, a badanie, obecnie ułatwione, wykazało wątrobę znacznie powiększoną, o brzegu zaokrąglonym, twardym, śledzionę również powiększoną, macalną.

Rychło jednak zauważono ponowne gromadzenie się przesączyny w jamie brzusznej, tak, że w dwa miesiące po nakłóciu obwód brzucha przez pępek wynosił 90 ctm. i dawne zaburzenia u chorej się ponowiły. To też chorą, leczoną dotąd w oddziale wewnętrznym szpitala św. Ludwika, przeniesiono do oddziału chirurgicznego, gdzie d. 29. IX. 1898 wykonałem laparotomię i typową cholecystostomię cięciem po stronie prawej brzucha na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego. Otrzewna ścienna okazała się gładką i lśniącą, powłoka wątroby gruba i biaława. Worek żółciowy o ścianach znacznie zgrubiałych połączony był z okrężnicą poprzeczną silnymi zrostami, które podwiązano i przecięto. Po otwarciu worka wydobyła się z niego skąpa ilość cieczy śluzowej, ciągnącej się, blado-żółto zabarwionej. Z jamy brzusznej odpłynęła obfita ilość przesączyny, mającej te same cechy, jak przy nakłóciu, wykonanem przed 2 miesiącami.

D. 6. X. Rana zgojona doraźnie. Z przetoki wydobywa się mierna ilość przeźroczystej, zielonkawo-żółtej cieczy. Żyły przebiegające po prawej stronie brzucha wyraźnie rozszerzone. Brzuch płaski, badanie nie wykazuje płynu wolnego w jamie brzusznej.

W następnych tygodniach obwód brzucha zwolna począł wzrastać, tak, że w listopadzie wymiar przez pępek wynosił 74 ctm. W tym czasie chora zapadła na ospiankę i przeniesiona została do oddziału zakaźnego, skąd w połowie grudnia wróciła do oddziału chirurgicznego. Dokonywane od czasu do czasu pomiary świadczyły o statecznem, chociaż powolnem, zwiększaniu się puchliny brzusznej, przyczem jednak wyglądanie chorej i trawienie były dobre, stolce prawidłowe pod względem ubarwienia i zbitości. Sinicy na twarzy brak. Z przetoki woreczka żółciowego wypływała stale żółć w miernych ilościach, ciemniej lub jasno-żółto-zielono zabarwiona.

3. III. 1899, a zatem po upływie przeszło 5 miesięcy od wykonania laparotomii, przy wymiarze brzucha w obwodzie największym 86 ctm., wykonano nakłócie, poczem odpłynęło około 5 litrów cieczy przesączynowej, a pomiary brzucha, podjęte bezpośrednio po zupełnem opróżnieniu jamy brzusznej, wykazały największy obwód brzucha 67·5 ctm. Wątroba wielka, o brzegu twardym, sięga na 4 palce niżej łuku żebrowego.

Okres wolny od puchliny brzusznej był krótki, niebawem bowiem płyn wolny w jamie brzusznej zbierał się ponownie, tak, że w czerwcu 1899 r. największy obwód brzucha mierzył 80 ctm.

20. VI. 1899 r. Wypuszczono zapomocą nakłócia 3900 sz. c. płynu z jamy brzusznej.

Zważywszy, że w późniejszych okresach marskości wątroby gromadzenie się przesączyny jest coraz szybsze, tak, że w miarę dalszego przebiegu choroby zachodzi potrzeba coraz częstszych nakłóć, również ze względu na to, że u dzieci, jak dowodzą liczne spostrzeżenia, rozwój sprawy chorobowej jest nierównie żywszy i rokowanie tem samem znacznie gorsze, nie można zaprzeczyć, że laparotomia i przymocowanie worka żółciowego do ściany brzusznej wywarły pewien wpływ korzystny u mojej chorej.

Powtarzając wiernie zabieg Delagénièrea zanim znaną mi była praca Talmy, co dopiero właśnie ogłoszona, dodałem do laparotomii cholecystotomię, pozbyłem się jednak rychło myśli, aby założenie przetoki żółciowej miało tu jakieś swoiste znaczenie, bo pominąwszy niektóre wyjątkowe przypadki, wpływać może ona korzystnie jedynie przez wy-

tworzenie zrostów woreczka z otrzewną ścienną i przez zawieszenie wątroby, które nie jest bez wartości tam, gdzie przepływ krwi przez wątrobę jest utrudniony.

Dlaczego jednak wynik ostateczny w moim przypadku nie dorównał przypadkom pomyślnym Talmy i innych, wyjaśniają mi po części stosunki anatomo-patologiczne, jakie napotkałem u operowanej. Worek żółciowy połączony był z okrężnicą poprzeczną silnymi, zbitymi zrostami, które musiałem rozdzielić, a ściana samego worka była zgrubiała, a zatem mniej przydatna do wytworzenia takich właśnie wiotkich przyczepów, w których jedynie można oczekiwać silnego rozwoju naczyń. To też najprawdopodobniej zrosty, jakie spowodował zabieg operacyjny między workiem żółciowym a otrzewną ścienną, zrazu miękkie i dość dobrze unaczynione, z biegiem czasu zmieniły się w tkankę bliznowatą, bardzo ubogą w naczynia, a ztąd skutek operacyi, zrazu więcej obiecujący (najbliższe nakłócie w 5 miesięcy po operacyi), później został udaremniony. Że operacya nie zdołała wytworzyć należytych dróg obocznych dla odprowadzenia krwi z obszarów żyły bramnej, świadczy również ta okoliczność, iż u chorej mojej nie przyszło do rozwinięcia się sieci z wybitnie grubych żył przebiegających od blizny operacyjnej, jak to miało miejsce w przypadku Talmy. Istniejąca już przed zabiegiem operacyjnym siatka żylna w bocznych częściach brzucha uległa u mojej chorej tylko nieznacznemu rozszerzeniu, natomiast w samej skórze w pobliżu przetoki woreczka żółciowego rozwinęła się z biegiem czasu siatka, złożona z drobniutkich naczyń włosowatych.

To też, aby dojść do stanowczych wniosków w moim przypadku, zamierzam ponowić wkrótce laparotomię i sprowadzić rozległe przyczepy pomiędzy siecią wielką a otrzewną ścienną, którędy krew, wlewająca się do żyły bramnej, mogłaby znaleźć swobodne drogi oboczne. Równocześnie posłuży laparotomia do zamknięcia przetoki worka żółciowego, dotąd jeszcze czynnej.

Czy ponowny zabieg operacyjny lepszym będzie uwieńczony skutkiem, przesądzać z góry trudno; nieliczne, dotąd osiągnięte wyniki dodatnie, wprawdzie nie rozstrzygają jeszcze stanowczo, czy skutek operacyi okaże się trwały, w każdym jednak razie działają zachęcająco, zwłaszcza odkąd sprawa leczenia przesięków jamy brzusznej, dotąd obracająca się w granicach prostych niespodzianek, wynikłych z niedokończonych operacyj brzusznych, nabrała pewnej podstawy i doczekała się wytkniętego kierunku w naszem działaniu przez obmyślany z planem projekt Talmy i eksperymenta Tillmanna na zwierzętach.

Nader liczne spostrzeżenia, zebrane na rozległem polu chirurgii brzucha, przemawiają również niezbicie za tworzeniem się nowych naczyń, biegnących śladem zrostów śródotrzewnowych, a dochodzących często znacznej grubości. W przypadku, opisanym przez Freunda [12]), obok innych zrostów ogromnego włókniaka macicy z narządami brzusznymi, połączenie między guzem a lewym płatem wątroby stanowiły li tylko same naczynia żylne małego kalibru w liczbie 8, wnikające z brzegu wątroby do włókniaka, którędy krążenie krwi szukało sobie niewątpliwie dróg obocznych. Przykładów podobnych przytoczyć można wiele, a dowodzą one wymownie, zarówno jak doświadczenia Tillmanna, że właściwe cechy otrzewnej brzucha i narządów brzusznych nadają się do pośrednictwa w naprawianiu zaburzeń krążenia żylnego w narządach brzusznych.

Jeżeli ośmieliłem się w gronie Szanownych Panów omówić w krótkości poczętą dopiero sprawę leczenia przesięków jamy brzusznej w przebiegu marskości wątroby i przedstawić równocześnie mój przypadek, na którym znać dotychczas tylko usiłowania bez osiągnięcia wydatnego skutku, to dzieje się to jedynie w tym celu, aby zwrócić uwagę Panów na objaw chorobowy z punktu chirurgicznego do niedawna zupełnie zaniedbany, o który, według zdania samych internistów, rozbijają się bezskutecznie wszelkie środki wewnętrzne. To też pragnieniem mojem jest skłonić Panów do dalszych prób i spostrzeżeń klinicznych, bo one tylko zdołają rozwiązać nasuwające się każdemu pytanie, czy na drodze wskazanej przez Talmę, co do leczenia puchliny brzusznej w przebiegu marskości wątroby, można liczyć na zupełne lub względnie tylko korzystne wyniki.

Gdy po oddaniu powyższego artykułu do druku operowałem chorą ponownie w dniu 9 września 1899 r. według nakreślonego pierwej planu, pozwalam sobie dołączyć jeszcze krótkie sprawozdanie z przebiegu dokonanej operacyi i obecnego stanu chorej.

Zgodnie z przewidywaniem, wyrażonem poprzednio, znalazłem po otwarciu jamy brzusznej w linii środkowej zbite zrosty rozległe, łączące z jednej strony ścianę brzuszną z okrężnicą poprzeczną i jelitem cienkiem, z drugiej zaś strony obejmujące worek żółciowy, jelito i wątrobę tak, że dotarcie do przetoki żółciowej i oddzielenie worka żółciowego od ściany brzusznej napotykało na wielkie trudności i przeszkody. Cały płat prawy wątroby okryty szeroką warstwą twardych zrostów nie był dostępny dla oka, lewy przedstawiał te same cechy, jak przy laparotomii poprzedniej. Po utorowaniu dostatecznej drogi do przetoki worka żółciowego i obranieniu jej brzegów, zamknięto szwem otwór i zapuszczono worek żółciowy w głąb jamy brzusznej, wprowadzając także równocześnie wązki pasek gazy jodoformowej przez kanał, odpowiadający dawnej przetoce w powłokach brzusznych.

Obok zrostów szerokich i zbitych zauważono również nieliczne, cienkie postronki, składające się głównie z żył i skąpej ilości wiotkiej tkanki, które wnikały w otrzewnę ścienną tuż obok linii środkowej brzucha, a które odpowiadały rozdzielonej na strzępy sieci wielkiej, przyrośniętej częściowo do przedniej ściany brzucha, wreszcie zaś skurczonej w mały zwitek, ułożony poniżej okrężnicy poprzecznej.

Oszczędzając starannie te połączenia żylne, zdrapano skrobaczką śródbłonek otrzewnej na lewo od linii cięcia i w dolnych częściach brzucha, aby przez to wywołać zrosty między jelitami i otrzewną ścienną.

Przebieg pooperacyjny wolny był zupełnie od zaburzeń.

W dniu 12-tym zdjęto pierwszy opatrunek i znaleziono ranę środkową brzucha zgojoną przez rychłozrost. W miejscu dawnej przetoki worka żółciowego znachodził się kanał krótki, żywo ziarninujący, który w kilka dni później wypełnił się w zupełności. Wybitniejszego rozszerzenia żył skórnych w otoczeniu blizny operacyjnej nie zauważono.

W jamie brzusznej stwierdzono resztki cieczy przesączynowej, która dotąd, t. j. w trzecim tygodniu po operacyi, nie gromadzi się w znaczniejszej ilości.

Piśmiennictwo:

1) Pütz: Seltener Fall von Hydrops ascites infolge von Lebercirrhose. Deutsch. med. Woch. 1896. Vereinsbeil. Nr. 5. — 2) Hale White: The cause and prognosis of ascites etc. Guy's hospital. reports 1893. — 3) Lauenstein: Ueber die Behandlung des Ascites infolge von Lebercirrhose. Deutsch. med· Woch. 1895. Vereinsbeil. Nr. 13. — 4) Lawson Tait: The surgery of the liver. Edinb. med. Journ. 1889. — 5) Mackenrodt: Diskussion über den Vortrag von Gusserow. Centrbl. f. Gynäkol. 1892. — 6) Raymond: Hypertrophie considerable de la rate avec ascite. Centrbl. für Chir. 1893 Nr. 23. — 7) Boinet: Sur l'origine infectieuse de la cirrhose etc. Arch. génér. de méd. 1898. — 8) Delagénière: Cirrhose du foie et hépatoptose. Centrbl. für Chirurg. 1898 Nr. 30. — Talma: Chirurgische Oeffnung neuer Seitenbahnen für das Blut der Vena porta. Berl. klin. Woch. 1898 Nr. 38. — 10) Tillmann: Ueber die chirurg. Behandlung des Ascites. Deutsch. med. Woch. 1899 Nr. 18. — 11) Neumann: Zur Frage der operativ. Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose: Deut. med. Woch. 1899 Nr. 26. — 12) Freund: Ueber Leber u. Gallenblasenadhäsionen bei Geschwülsten etc. Deutsch. med. Wochenschrift 1898 Nr. 18.

Z powodu artykułu Dra Rafała Spiry: „O sztucznem mechanicznem i organicznem zamknięciu stałego suchego przedziurawienia błony bębenkowej“ (Przegląd lekarski Nr. 29, 30, 31 b. r.) otrzymujemy następujące uwagi:

Pomijając tę część pracy Dra Spiry, w której autor przytacza zapatrywania różnych autorów na sprawę przez siebie poruszoną, pozwolę sobie tylko zrobić parę uwag o tej części, w której Dr. Spira wypowiada swoje własne zdanie.

Zachęcony dobrymi wynikami, jakie rozmaici lekarze spostrzegali w przypadkach „stałego suchego przedziurawienia“ bębenka, po przyżeganiu brzegów otworu rozczynem kwasu trójchlorooctowego, zastósował autor ten sposób leczenia w podobnych przypadkach swej praktyki prywatnej, wrzekomo również z dobrym wynikiem. Twierdzi przytem Dr. Spira, że widział dodatnie wyniki po zastósowaniu rozczynu nawet stosunkowo słabego, bo 10% i przytacza historyę choroby 13-letniej dziewczyny, która to historya choroby ma być ilustracyą sposobu i wyników, osiągniętych przez autora. Dziewczynę tę badał Dr. Spira po raz pierwszy 1 października; stwierdził przewlekłe ropienie ucha środkowego, które pod wpływem leczenia ustąpiło tak, że 18-go października ucho było „suche“. Tego też samego dnia autor rozpoczął przyżeganie otworu w bębenku kwasem trójchlorooctowym, a 18 grudnia otwór już zarósł zupełnie.

Przedewszystkiem, co to jest „stałe suche przedziurawienie“ bębenka? Pod nazwą tą otyatrzy rozumieją przedziurawienie błony bębenkowej, pozostałe po przewlekłem ropieniu ucha środkowego, które w ciągu dłuższego czasu nie okazuje żadnej skłonności do zmniejszania się. Brzegi takiego przedziurawienia, pozostałego po przewlekłem ropieniu ucha środkowego, są często łącznotkankowo zgrubiałe, lub nawet zwapniałe. Politzer uważa za przyczynę niezarastania takiego przedziurawienia pokrycie się jego brzegów naskórkiem. Prawidłowy i zwykły przebieg przewlekłego ropienia ucha środkowego jest ten, że najprzód ustaje ropienie i dopiero po ustąpieniu jego zaczyna się zabliźnianie otworu w bębenku. Tego nas uczy codzienne spostrzeganie kliniczne. Zdarza się także, że jeszcze podczas trwania ropienia, w ostatnich jego okresach, otwór w bębenku zaczyna się zmniejszać; nie jest to jednak regułą i z braku tego zjawiska nie możemy wnioskować, że otwór w danym przypadku nie zabliźni się samoistnie po ustąpieniu ropienia w uchu środkowem. By otwór w bębenku zarósł zupełnie, potrzeba zawsze na to pewnego krótszego lub dłuższego czasu od ustąpienia zupełnego ropienia. Z powodu tego, że „stałe suche przedziurawienie“ bębenka jest pozostałością po przewlekłem ropieniu ucha środkowego, przeto pierwszym warunkiem byśmy o takiem mówić mogli, jest zupełne ustąpienie ropienia. Warunek ten w podanym przez Dra Spirę przypadku ma miejsce. Drugim warunkiem jest stwierdzenie przez trwające dłuższy czas spostrzeganie, że przedziurawienie, pomimo ustąpienia wszelkich objawów zapalnych, nie ma najmniejszej skłonności do zmniejszania się. Warunku tego w podanym przez autora przypadku niema. Tak więc dopiero po pewnym czasie i po zupełnem ustąpieniu ropienia, w którym to przeciągu czasu stwierdziliśmy, że otwór w bębenku nie zmniejsza się, jesteśmy w możności postawić rozpoznanie „stałego suchego przedziurawienia“, nigdy jednak nie uważamy za „stałe suche przedziurawienie“ tego przedziurawienia, które widzimy w dniu ustania ropienia, gdyż w dniu tym możemy tylko powiedzieć, że otwór w bębenku albo zamknie się, co następuje w większości przypadków, lub też pozostanie stale, co zdarza się w mniejszości przypadków. Więcej powiedzieć nie jesteśmy w stanie. Tymczasem Dr. Spira w opisanym przez siebie przypadku mówi o „stałem suchem przedziurawieniu“. Przypadek ten aż do chwili, w której autor zaczał pocierać rozczynem kwasu trójchlorooctowego brzegi otworu w bębenku nie przedstawiał najmniejszych zboczeń od zwykłego prawidłowego przebiegu. Dlatego spodziewać się można było, że sprawa zabliźniania otworu zaczęłaby się samoistnie w dniu 18 października lub cokolwiek później i 10 listopada możnaby było stwierdzić takie same, lub może nawet znaczniejsze, zmniejszenie się otworu. Utrzymywać coś przeciwnego nie mamy podstawy. Prawdopodobnie w ten sposób możemy sobie objaśnić ten wrzekomo dodatni wpływ tak słabego odczynnika, jakim jest 10% kwas trójchlorooctowy. Skłonny jestem nawet twierdzić, że w przytoczonym przypadku otwór w bębenku zarósł pomimo pocierania brzegów jego rozczynem kwasu trójchlorooctowego. Tak więc, na podstawie danych, przeze mnie przytoczonych, przypadek podany przez autora nie jest „stałem suchem przedziurawieniem“ bębenka i nie wykazuje nam zbawiennego wpływu kwasu trójchlorooctowego na sprawę zabliźnienia się otworu w tym przypadku, bo autor nie udowodnił, że otwór ten samoistnie nie zarósłby, lub zarastałby wolniej, a najmniej już udowadnia nam wpływ leczenia na sprawę zabliźniania się „suchego stałego przedziurawienia“ bębenka, choćby z tej prostej przyczyny, że przytoczony przypadek nie jest „stałem suchem przedziurawieniem“.

Szkoda, że Dr. Spira nie przytoczył innych historyj chorób, możeby inne były więcej przekonywujące, bo przytoczona może nas najwyżej pouczyć, że przypadek ten był podobny do tylu innych i że nie okazywał żadnych cech, któreby robiły użycie kwasu trójchlorooctowego koniecznem, lub tylko pożądanem. Na zasadzie przytoczonej historyi skłonny jestem twierdzić, że autor najniepotrzebniej wmięszał się w sprawę gojenia się, jeżeli nie szkodząc nawet wprost, to najprawdopodobniej nie przyśpieszając bynajmniej zarośnięcia otworu. Dalej — przytoczona przez autora historya wskazuje nam, że autor jest w niezgodzie z pojęciem ogółu otyatrów o istocie „stałego suchego przedziurawienia“ bębenka. Obraz, jaki przedstawiało ucho 18 października w danym przypadku, nazwie otyatra „suchem przedziurawieniem“, lecz nie „stałem“. Kwas trójchlorooctowy był polecony przeciwko temu ostatniemu; pierwsze nie potrzebuje żadnej specyalnej terapii. W każdym przypadku, po ustąpieniu ropienia ucha środkowego, mamy początkowo do czynienia z „suchem przedziurawieniem“ bębenka, które w większości przypadków zarasta w ciągu pewnego czasu, lub też w ciągu dłuższego czasu nie zarasta i wtedy dopiero przedziurawienie takie nazywamy „stałem suchem“.

Dalej czytamy: „Poprawę słuchu zauważa się szczególnie tam, gdzie przynajmniej część kostek słuchowych jest utrzymana; tam zaś, gdzie wszystkich kostek brak, poprawy słuchu zwykle niema“......

W ustępie przytoczonym autor mówi o warunkach, w jakich można się spodziewać poprawy słuchu przy zarośnięciu otworu w bębenku; utrzymuje on, że można się spodziewać poprawy słuchu szczególnie tam, gdzie przynajmniej część kostek słuchowych jest utrzymana. Musimy to tak rozumieć, że autor ma na myśli takie przypadki, gdy np. utrzymany jest młoteczek i strzemiączko, a brak kowadełka, lub np. brak młoteczka, a utrzymane jest kowadełko i strze-

miączko, albo wreszcie utrzymany jest młoteczek i kowadełko, a brak strzemiączka. W końcu do tych przypadków należeć będą i te, w których brak dwóch kostek słuchowych, a utrzymana jedna.

Czy autor rzeczywiście wierzy, że w którejkolwiek z przytoczonych kombinacyj, lub że wogóle, w braku którejkolwiek kosteczki słuchowej bębenek może choć względnie należycie spełniać czynność słuchową i że, co za tem idzie, zarośnięcie otworu w nim będzie miało dodatni wpływ na polepszenie słuchu? Jak sobie autor wyobraża czynność słuchową bębenka, jeżeli łańcuch kosteczek, łączący go z błędnikiem, jest przerwany, lub nawet któregoś ogniwa brakuje? Jest to niezbitą fizyologiczną prawdą, że bębenek spełnia swą fizyologiczną czynność słuchową tylko wtedy, jeżeli połączenie jego z okienkiem owalnem jest nienaruszone, czego niema w razie braku którejkolwiek kosteczki. Boć przecież cały ten narząd kosteczek wraz z bębenkiem jest na to, by fale dźwięku z większą siłą przenieść na płytkę strzemiączka, względnie na płyn *scalae vestibuli*, niż na błonę okienka okrągłego, względnie na płyn *scalae tympani*. To zaś wywołuje ruch płynu w błędniku od okienka owalnego ku okienku okrągłemu, ruch, który jest niezbędny do prawidłowej czynności zakończeń nerwu słuchowego. Wiadomem jest dowodzenie Helmholtza, przyjęte przez świat naukowy, że cały ten narząd działa na zasadzie dźwigni nierównoramiennej i właśnie ta nierównoramienność dźwigni pozwala fale dźwięku przenieść z większą siłą na płytkę strzemiączka. Oczywista rzecz, by dźwignia była „dźwignią“, musi być całą. Jeżeli dźwignię złamiemy, lub część jej wyłamiemy, przestaje być „dźwignią“. Dlatego twierdzenie autora, że poprawa słuchu będzie i tam, gdzie tylko część kostek słuchowych jest utrzymana, sprzeciwia się podstawom fizyologii słuchu. Zarośnięcie otworu w bębenku w tych razach co najwyżej będzie przeszkadzać przedostaniu się fal do błędnika, a w każdym razie nie będzie go ułatwiać. Rozumowanie to potwierdzają w zupełności spostrzeżenia, jakie robiono w przypadkach wycięcia bębenka z młoteczkiem lub też i z kowadełkiem. Wiadomą jest rzeczą, że często w miejscu wyciętego bębenka odrasta błona, mniej lub więcej zbliżona swoją budową do bębenka. W tych więc przypadkach będziemy mieli stosunki podobne, można nawet niemal powiedzieć identyczne z tymi, w których kosteczki wyropiały, a otwór w bębenku zarósł. Otóż w razie takiego „odrośnięcia bębenka“, jak powszechnie zjawisko to nazywają, słuch w najlepszym razie pozostaje bez zmiany, często się pogarsza. Pouczające są trzy przypadki Lucaego, w których autor ten wyciął bębenek wraz z dwoma dużemi kosteczkami, z powodu t. z. sklerozy. Po wycięciu otrzymał pewną poprawę słuchu, która zmniejszyła się po „odrośnięciu bębenka“ i znów doszła do pierwotnej siły, gdy Lucae „nowoutworzony bębenek“ wyciął. Te przypadki są jakby doświadczeniem fizyologicznem, potwierdzającem jeszcze raz ogólne zdanie, że bębenek, względnie błona go zastępująca, traci swą wartość słuchową, jeżeli się nie znajduje z jakiejkolwiek przyczyny w związku z błędnikiem. Jeżeli zaś Dr. Spira rzeczywiście ma przypadki, w których, w podobnych warunkach, po zarośnięciu otworu czy samoistnem, czy sztucznem, nastąpiło polepszenie słuchu, to dwa te zjawiska możemy uważać tylko za równoczesne, lecz nigdy za zależne od siebie.

Dr. Teofil Zalewski (Wiedeń).

Na uwagi Dra T. Zalewskiego nadesłał Dr. Spira następującą odpowiedź:

Pierwszym warunkiem wszelkiej rzetelnej krytyki jest przedmiotowość i rzeczowość, a celem — bronienie prawdy naukowej. Otóż nie wszystkie uwagi Dra Zalewskiego odpowiadają tym warunkom i temu celowi. Pewne wyrazy, jak: „niby“, „jakoby“, „zdaje się“ etc. zdradzają pewne powątpiewanie w *bona fides* autora i nie zgadzają się z tonem i stylem czysto naukowej polemiki.

Na pierwszy zarzut, podniesiony w „Uwagach“, a dotyczący braku stałości suchego przedziurawienia w moim przypadku, odpowiadam, że 1) mówiłem o stałem, suchem przedziurawieniu, a nie o stałem i stale suchem przedziurawieniu. 2) W przypadku przytoczonym istniało ropienie od dłuższego czasu z przerwami kilkotygodniowemi, podczas których ucho było suche. Otóż pojęcie o stałości suchego przedziurawienia jest względne i może być sprzecznie rozumiane. Mojem zdaniem stałość suchego przedziurawienia nie wyklucza bynajmniej możliwości pojawienia się czasowo wydzieliny w uchu, pod wpływem pewnych szkodliwości zewnętrznych. 3) Rozporządzam także przypadkami wyleczonymi tą metodą, w których suchość przedziurawienia, jako stała, przez dłuższy czas była stwierdzoną; przytoczyłem jednak ten przypadek z tego powodu, że zdaje mi się, jest on szczególnie godnym uwagi ze względu na rozległość ubytku i na tak szybki i tak słabym rozczynem osiągnięty zupełny skutek. 4) W kazuistyce Biehla, Barnicka i in. znajdzie kol. Z. dokładniejsze historye choroby z kilka lat trwającem stale suchem przedziurawieniem, a nawet z brzegami zgrubiałymi i ze złogami wapna w błonie bębenkowej (jak np. w przypadkach 8, 9 i 11 Barnicka), które to przedziurawienia za pomocą kwasu trójchlorooctowego w krótkim czasie zupełnie zarosły; Gomperz także podaje, że osiągnął najświetniejsze skutki za pomocą tego środka, właśnie w przypadkach, w których brzegi otworu były już zrosły ze ścianą błędnika tak, że synechotomem musiał naprzód uwolnić brzegi, a potem dopiero je przyżegać. 5) Całkiem mylnem jest zdanie kol. Z., jakoby środek ten polecono tylko przeciw stale suchym przedziurawieniom: rzecz ma się zupełnie przeciwnie; piśmiennictwo kazuistyczne przytacza sporo przypadków, leczonych tym środkiem, w których właśnie, w chwili rozpoczęcia leczenia, sprawa ropienia zaledwo co ustała. I tak np. w 10-tym przypadku Barnicka „ucho suche od końca lutego tak, że 1 marca wykonano pierwsze przyżeganie“ (*Archiv für Ohrenh.* tom 42, str. 273) i w licznych innych przypadkach wielu autorów; a nawet wielu otyatrów poleca używanie tego leku podczas toczącej się jeszcze sprawy ropienia, o czem kol. Z. mógłby się był przekonać, gdyby więcej zwrócił uwagi choćby tylko na tytuły przytoczonych przeze mnie prac, jak Okuneffa, Levyego, Szenesa (*Przegl. lek.* str. 424) i in.), oraz gdyby był gruntowniej poinformował się w odnośnej literaturze. 6) Żeby takie, prawie całą błonę bębenkową obejmujące przedziurawienie, będące wynikiem długoletniego ropienia, jak w moim przypadku, mogło dobrowolnie zarosnąć w tak krótkim czasie, jest to przypuszczenie, sprzeciwiające się doświadczeniu klinicznemu, a chyba już żaden doświadczony otyatra nie odważyłby się twierdzić, że w moim przypadku zarośnięcie ubytku nastąpiło „mimo“ używania kwasu trójchlorooctowego. W całem dostępnem mi piśmiennictwie nie napotkałem żadnej wzmianki o szkodliwości tego leku, oczywiście ostrożnie używanego, z wyjątkiem jednego wspomnianego w mojej rozprawie przypadku Biehla. Natomiast wszyscy bez wyjątku przytoczeni przeze mnie autorowie wyrażają się mniej lub więcej entuzyastycznie o skuteczności tego środka w leczeniu stałych przedziurawień błony bębenkowej. Dodać wypada, że w moim przypadku dawniej ropienie co parę tygodni się wznawiało, od czasu zaś leczenia błona od kilku miesięcy zarośnięta i ucho suche.

Sądzę, że nie należy zaprzeczać faktów podanych, jeżeli się nie jest w posiadaniu spostrzeżeń z wynikiem wręcz przeciwnym i względnie ujemnym.

Drugi zarzut dotyczy mego twierdzenia o poprawie słuchu po zarośnięciu przedziurawienia błony bębenkowej. Twierdzenie to zasadza się na doświadczeniu, które można obalić tylko spostrzeżeniami przeciwnemi, a nie teoryą. Wszelka teorya ma wartość o tyle tylko, o ile się zgadza z doświadczeniem. Teoryom, przytoczonym przez kol. Z. nie trudnoby było przeciwstawić inne teorye, jak Toynbeego, Bertholda i in., nad któremi tu rowodzić się nie mogę

i o których autor „Uwag“ może się poinformować w każdym większym podręczniku. Mniejsza jednak o to. Słabej strony wszystkich tych teoryj najdobitniej dowodzi fakt, że nie zawsze jesteśmy w stanie tłómaczyć, dlaczego raz po ustaniu ropienia nawet ostrego i zarośnięciu przedziurawienia słuch się pogarsza, innym razem znowu się poprawia i że nie w każdym przypadku przedziurawienia możemy *à priori* z wszelką kategoryczną pewnością przepowiedzieć, czy zamknięcie ubytku w danym razie pociągnie za sobą poprawę, czy też pogorszenie słuchu. Z tego też powodu z naciskiem zwróciłem uwagę na wskazanie, aby w każdym podobnym przypadku, przed przystąpieniem do tego leczenia, przekonać się najprzód o wpływie zatkania ubytku na słuch przez chwilowe założenie sztucznego bębenka. *Spira.*

IV. Wyciągi.

Bourges. **Oczyszczanie wody do picia zapomocą kwasu podchlorawego.** *(La Sémaine médicale*, 1899, Nr. 31). Ażeby zapewnić mieszkańcom większych miast zdrową wodę do picia, znano dotychczas dwa tylko sposoby; t. j. albo sprowadzanie wody z natury już czystej, lub oczyszczanie jej zapomocą przesączania na wielką skalę (filtry piaskowe). Próby oczyszczania wody zapomocą środków chemicznych dopiero w ostatnich czasach weszły na drogę, pozwalającą spodziewać się praktycznych rezultatów. Zastósowano więc naprzód do tego celu ozon; obecnie pojawiła się myśl zużytkowania do tego celu kwasu podchlorawego. Sprawozdanie o tym sposobie składał 17 lipca b. r. Radzie higienicznej francuskiej *(Comité consultatif d'hygiène publique en France)*, Dr. Ogier, dyrektor pracowni toksykologicznej w Paryżu, który na podstawie rozległych doświadczeń chemicznych i bakteryologicznych sposób ten jak najgoręcej zalecił; Rada wnioski jego przyjęła. Kwas podchlorawy, rozkładając się nader łatwo w obecności związków organicznych i należąc do ciał silnie utleniających, posiada zarazem znakomite własności odkażające. Wynalezienie sposobu, pozwalającego użyć kwasu podchlorawego do oczyszczania wody na wielką skalę, jest zasługą dwóch Brukselczyków, nazwiskiem Bergé. Ponieważ kwas podchlorawy, wytwarzający się najłatwiej przez działanie chloranu potasowego na kwas siarkowy, jest w stanie gazowym niebezpiecznym środkiem wybuchającym, przeto do celów technologicznych podali B. użycie wodnego roztworu kwasu podchlorawego, a zarazem zalecili, aby do wytwarzania tego kwasu używać kwasu siarkowego rozcieńczonego i oziębionego. Warunkiem oczyszczenia wody przez kwas podchlorawy jest jego nadmiar, objawiający się lekkiem żółtawem zabarwieniem, a łatwy do stwierdzenia także zapomocą bardzo prostej próby chemicznej. (Skrobia zmięszana z jodkiem potasu barwi się na niebiesko w obecności kwasu podchlorawego wskutek uwalniania się wolnego jodu). Oprócz niebezpieczeństwa wybuchu, które sposób B. zupełnie usuwa, przedstawia kwas podchlorawy inną niedogodność, mianowicie woda, która go zawiera, posiada przykrą woń i smak, niezdatną jest do użytku, a może i nieobojętną dla ustroju. Zazwyczaj części organiczne, zawarte w zanieczyszczonej wodzie, wywołują zupełny rozkład kwasu podchlorawego, na co, co prawda, potrzeba pewnego czasu. Gdyby jednak w wodzie, przeznaczonej do picia, pozostało jeszcze nieco kwasu, wówczas łatwo ją od niego uwolnić, przepuszczając za wskazówką B. przez koks. Po tem wszystkiem wzmaga się w wodzie ilość chlorków, jednakże tak niewiele, że w praktyce niema to znaczenia. Co do działania odkażającego kwasu podchlorawego na wodę, zanieczyszczoną drobnoustrojami, to oczywiście zależeć ono będzie od tego, czy ilość kwasu proporcyonalną będzie do stopnia zanieczyszczenia wody i czy na oczyszczenie pozostawi się dość czasu. Doświadczenia Ogiera wykazały, że woda względnie często zanieczyszczona staje się jałową w czasie bardzo krótkim już przy działaniu 0·0008 kwasu podchlorawego na litr wody. Wody silnie zanieczyszczone wymagają oczywiście większych ilości kwasu i dłuższego czasu na oczyszczenie, ale i tu wystarcza 0·0025—0·003 kwasu na litr wody, zwłaszcza, jeżeli wodę z grubsza przesączy się przez piasek. Doświadczenia Ogiera i van Pégo wykazały, że w tych warunkach giną prątki wąglikowe, durowe i okrężnicowe. Nowy ten sposób oczyszczania wody wprowadzono już w życie w Ostendzie i w Middelkerke. Zdaniem Ogiera, sposób ten nie jest zbyt drogi. 3 gramy chloranu potasowego z nieznaczną ilością kwasu siarkowego dają 1 grm. kwasu podchlorawego — ilość, wystarczająca do oczyszczenia 1 m^3. wody miernie zanieczyszczonej. Warunkiem użycia nowego sposobu jest jednak: nie za wielkie zanieczyszczenie wody, dostósowanie ilości kwasu podchlorawego do stopnia zanieczyszczenia wody i uwolnienie jej od kwasu podchlorawego przed oddaniem do użytku. *Z.*

Stadelmann. **O sporadycznem i nagminnem ropnem zapaleniu opon mózgowordzeniowych.** *(Deutsche med. Wochens.* Nr. 29, 1899). Po lekkim urazie w głowę przed trzema tygodniami wystąpiło u 26-letniego mężczyzny zapalenie opon mózgowordzeniowych, z początku przebiegające podobnie, jak gruźlicze, później jednak rozpoznane na zasadzie cech klinicznych i nakłócia lędźwiowego, jako ropne. S. uważa ten przypadek za samoistny, nie przypisując doznanemu urazowi większej roli. Badanie bakteryologiczne wykryło nieopisane jeszcze krótkie, grube, wielopostaciowe prątki, nie barwiące się sposobem Grama, mało jadowite dla zwierząt, a odznaczające się bardzo powolnym rozwojem. (Hodowle wychodziły dopiero po ośmiu dniach). — Ciekawych szczegółów dostarczyło czterokrotne nakłócie lędźwiowe, gdyż potwierdziło ono teoretyczne przypuszczenie o sposobie ustępowania sprawy zapalnej opon; mianowicie ciałka ropne ulegają zwolna rozpadowi i wessaniu, a płyn mózgowordzeniowy w miarę powrotu opon do stanu prawidłowego coraz więcej się wyjaśnia. — Przypadek S., acz bardzo ciężki (oddech nieregularny, sinica, niemiarowość tętna i t. d.) zakończył się wyzdrowieniem, co S. przypisuje bardzo silnej budowie chorego, a względnie małej jadowitości chorobotwórczych bakteryj, w żadnym zaś razie nie odnosi tego wyniku do zastosowanego leczenia, względnie do nakłóć lędźwiowych. — Rozpatrzywszy krytycznie piśmiennictwo dochodzi S. do wniosku, 1) że w nagminnem zapaleniu opon mózgowordzeniowych odgrywają rolę przyczynową Fränklowskie dwoinki zapalenia płuc, najczęściej same, niekiedy w połączeniu z *meningococcus intracellularis* Weichselbauma; 2) że ten drugi drobnoustrój spotyka się także przy innych, nie nagminnych, postaciach zapalenia opon, że jest jeszcze mało zbadany, że więc jednem słowem nie można go uważać za swoistą i wyłączną przyczynę postaci nagminnych zapalenia opon, a ze znalezienia jego w płynie mózgowordzeniowym, wydobytym przez nakłócie lędźwiowe, nie wolno jeszcze z całą stanowczością rozpoznawać nagminnego zapalenia opon. (Nagminne zapalenie opon zalicza się do chorób zakaźnych, objętych przepisami o donoszeniu władzom). *Z.*

Georgii: **O wlewaniach podskórnych i ich zastósowaniu w praktyce lekarskiej.** *(Münch. med. Wochenschrift* 1899. Nr. 29). Podskórne wlewania fizyologicznego roztworu soli mało się dotąd rozpowszechniły, choć wcale na pomijanie nie zasługują. Działanie ich występuje mniej więcej o kwadrans później od działania wlewań do żył, natomiast dają się one o wiele łatwiej zastósować bez użycia złożonych przyrządów. Wskazane są przedewszystkiem w ostrej niedokrewności wskutek krwotoku, zwłaszcza po porodzie i tu nietylko oddają wyborne usługi, ale nieraz wprost ratują życie chorych. Podobno przemijający wpływ wywierają także w posocznicy. Oprócz przypadków chirurgicznych i położniczych (krwotoki) znajdują wlewania podskórne zastósowanie także w chorobach wewnętrznych (biegunki, otrucia, — dla ukojenia pragnienia w moczówce, w przypadkach potów rozpływnych u suchotników, — w końcu zaliczyćby tu należało wlewania do odbytnicy w przypadkach zwężeń rakowych

odźwiernika). Z pomiędzy otruć zauważono korzystny wpływ wlewań podskórnych w otruciach: strychniną, tlenkiem węgla, chloranem potasowym, fosforem, chloroformem, jodoformem, arsenem i nitrobenzolem. Przed wlewaniem można w tych razach upuścić krew z żyły. Próbowano wreszcie wlewań podskórnych w drgawkach porodowych *(eclampsia)* i w niektórych zakażeniach, lecz z wynikiem wątpliwym. Przyrząd do wlewania jest bardzo prosty, składa się tylko z irygatora (zbiornika), z węża kauczukowego i igły; wlewany płyn powinien zostawać pod ciśnieniem 2 m. słupa cieczy, mieć ciepłotę 40°, być starannie przecedzony i wyjałowiony; a sam zabieg odbywać się powinien przy starannem przestrzeganiu zasad aseptyki. Wstrzykiwać można podskórnie lub do mięśni, wbijając igłę na 5—7 cm. głęboko w okolicę pośladkową. W miernych krwotokach wystarczy wstrzyknąć 50—100 cm³. płynu, w większych trzeba 800—1000 cm³., jednakże ilość tę należy wstrzykiwać nie naraz, ale częściami; u osesków wystarcza 20—50 cm³. płynu. Po wstrzyknięciu należy na miejsce wstrzyknięcia zastosować miesienie i ukłócie zaopatrzyć aseptycznie; w ciężkich przypadkach należy obok wlewań podskórnych zastosować środki podniecające.

Z.

Rosenblatt. **O wykazywaniu prątka gruźliczego w kale.** *(Centralblatt für innere Medicin* 1899, Nr. 29). W przypadkach biegunek u suchotników wykrycie prątka gruźliczego w stolcach, które, zdaniem R., dowodziłoby stanowczo istnienia wrzodów gruźliczych w jelitach, jest niezmiernie trudne, gdyż niezbyt wielka ilość prątków rozdziela się na wielką ilość płynnych wypróżnień. R. poleca w takich razach podawać chorym nastój makowca aż do osiągnięcia stolców zupełnie zbitych, a następnie badać samą tylko powierzchnię grudek kału, w danym razie przyczepione do niej strzępki śluzoworopne. Wówczas łatwo wykrywa się prątki gruźlicze, ponieważ twarde grudy kału mechanicznie je ze sobą zabierają z powierzchni owrzodzeń jelitowych. *Z.*

Pick. **O stosunku napadów padaczkowych do snu.** *(Wiener medic. Wochenschr.* 1899, Nr. 30). Nocne napady padaczkowe zdarzają się prawie dwa razy częściej od napadów dziennych. Większa znów część tych nocnych napadów pojawia się albo wkrótce po zaśnięciu, albo wnet przed obudzeniem, a zatem właśnie w tym czasie, w którym sen bywa najgłębszy. Badania zapomocą pletyzmografu wykazały, że w chwili, gdy sen staje się głębszy, zmniejsza się ilość krwi, krążącej w mózgu, a zmniejszenie to dochodzi do szczytu równocześnie z największą głębokością snu. Wobec tego wypowiada P. przypuszczenie, że pojawianie się napadów padaczkowych stać może w jakimś szczególnym, dotąd bliżej nieznanym związku z ową zmianą stosunków krążenia mózgowego. *Z.*

Schmidt. **Przyczynki do patologii obwodowych nerwów w gruźlicy płuc ze szczególnem uwzględnieniem akroparestezyj.** *(Wiener klin. Wochenschr.* 1899, Nr. 27, 28, 29). Wnioski, do jakich dochodzi S. na podstawie licznych spostrzeżeń, są następujące: Z gruźlicą płuc pozostają w związku pewne określone zaburzenia w obwodowym układzie nerwowym, które są albo skutkiem miejscowego, najczęściej mechanicznego wpływu sprawy gruźliczej w płucach (jak np. w splocie barkowym, nn. międzyżebrowych i t. p.), lub też są następstwem wpływów toksycznych, działających na cały ustrój. Ze spraw, wywołanych wpływem miejscowym, zasługuje na uwagę klinicystów jednostronny ból splotu ramieniowego za uciskiem, jakoteż często z tem połączone parestezye po tej samej stronie; objawy te mogą mieć wcale doniosłe znaczenie pomocnicze w rozpoznawaniu wczesnej gruźlicy, a występują zawsze po stronie najpierw zajętego szczytu płuca. W niektórych akroparestezyach zdaje się gruźlica grać rolę przyczynową; te postacie akroparestezyj odznaczają się swoją częstością u suchotników płci męskiej, częstem powstawaniem równocześnie z ostremi sprawami nieżytowemi w płucach, sadowieniem się po jednej tylko stronie ciała, oraz występowaniem równoczesnem jednostronnego i równoimiennego bólu splotu ramieniowego za uciskiem, wreszcie równoległością z objawami, tak swoistymi dla gruźlicy, jak poty rozpływne, wieczorne gorączki itp. *Z.*

Arloing: **O trujących własnościach potu zdrowych ludzi.** *(Journ. de Phys. et de Pathol. gén.* Tom I, Nr. 2). Wyniki badań A., prowadzonych od trzech lat, są następujące: Pot ludzi zdrowych posiada zawsze własności trujące. Stopień siły trującej potu zależy od stosunków wypacania. Pot, powstający podczas pracy fizycznej, jest silniej trujący, niż pot, wywołany sztucznie przez kąpiele parowe, powietrzne i t. p. Stopień siły trującej potu stoi w prostym stosunku do natężenia pracy fizycznej; pot taki ma własność wywoływania wymiotów i silnego nawału krwi do narzadu pokarmowego. Na trujące substancye, zawarte w pocie, wrażliwsze są psy od królików i świnek morskich. Stopień siły trującej potu jest równoległy do siły trującej moczu. Wreszcie obliczył A., że gdyby pot zatrzymywał się w ustroju, to ilość jego, wytworzona w ciągu doby, zdołałaby zatruć człowieka, ważącego średnio 65 kilogramów. *Z.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki

Picot zachwala przy rzeżączkowem zapaleniu przyjądrza padawanie salicylanu sodowego w dawce 1·0, 4 razy dziennie, po poprzedniem podawaniu środka przeczyszczającego i stwierdza, że salicylan sodowy działa tak, jakby był środkiem swoistym, trzeba go jednak stosować dłuższy czas. *(Thèse Par.* 1899).

F. K.

Guajaperol *(Piperidinguajacolat)* działa wedle Chaplina, Tunnicliffea i Martineau nader pomyślnie w gruźlicy w dawkach 0,3—0,6 grm. dziennie, które chorzy bardzo dobrze znoszą, — powiększając łaknienie, zmniejszając poty nocne, gorączkę i kaszel, a podnosząc ciężar ciała *(W. kl. Wochens.* 1899, 27). *F. K.*

Haemolum bromatum zachwala Löwenfeld w padaczce, w dawce 2,0, 2—3 razy dziennie, zamiast alkalicznych soli bromowych, których chorzy zwykle nie znoszą. *F. K.*

Legrand używa w szpitalu paryskim „Pitié" następującej mięszaniny znieczulającej i tamującej krwotok: Rp. *Gelatin.* 2,0, *Phenol.* 0,10, *Natr. chlor., Eucaïn. mur. aa* 0,70, *Cocaïn. mur.* 0,30, *Aqu. dest. q. s. ut. f. 100 cm.* W zwykłej ciepłocie jest to masa stała, w ciepł. 20—25° C. rozpływa się i może być wstrzykiwaną. Przed wyjęciem zęba wstrzykuje L. tak na wewnętrznej, jak i zewnętrznej stronie dziąseł aż do korzenia zębowego (co jest bardzo ważnem) 1—1½ ccm. płynu. Po wyjęciu zęba, które jest prawie bezbolesne, napełnia się jama w dziąśle skrzepem włóknikowym, różowo zabarwionym i krwotok ustaje. *F. K.*

Kryofin uchodzi za nowy doskonały środek przeciwgorączkowy, używany w dawce 0,5 grm, co 4—6 godzin kilka razy dnia; ma mieć te zalety, że czyniąc tętno silniejszem i pełniejszem, obniża szybko ciepłotę, nie wywołując żadnych nieprzyjemnych objawów ubocznych. *(Pharm. Post.)* *F. K.*

Lycetol (przetwór piperacyny) jest proszkiem aromatycznym, łatwo rozpuszczalnym w wodzie, zmniejszającym łatwo skazę moczanową i powiększającym ilość moczu. Podaje się w dawce 1—1,5 gr. obok 1,5 gr. magnezyi w ¼ litra wody rano i wieczór. *(Pharm. Post.).* *F. K.*

Stern przypomina i zachwala używanie rtęci sposobem Welandera, zamiast wcierań. Na flaneli lub grubem płótnie 50 ctm. długiem, 40 ctm. szerokiem, rozciera się codziennie lub co kilka dni 5—8 grm. szarej maści i każe się tak przygotowany kawałek nosić choremu na piersiach, przymocowany tasiemkami. Sposób ten odznacza się prostotą, w stosunku do wcierań czystością, a w porównaniu do wstrzykiwań brakiem bolesności, — działanie zaś nie pozostawia nic do życzenia. *(Münch. med. Wochs.* 1899, 6).

F. K.

Bovinin, składający się z krwi wolej, trochę whisky i jaja kurzego, podaje się w dawce 15—30 grm. 4—6 razy dziennie przed jedzeniem, w błednicy, niedokrewności i w ogólnych zaburzeniach w odżywieniu. *(Pharm. Centrhal.).* *F. K.*

VI. Sprawozdanie z IX. Zjazdu chirurgów polskich, odbytego w Krakowie dnia 18—19 lipca 1899 roku.

Napisał

Dr. Stanisław Droba.

Dzień drugi Zjazdu.

(Dokończenie).

Kol. Doc. Kryński: *O wpływie przecięć krezki na żywotność jelita.*

Kryński przedstawia wyniki swych badań doświadczalnych, które wykonał na psach w krakowskim zakładzie fizyologicznym. Celem tych doświadczeń było dokładniejsze określenie wpływu, jaki wywiera na pętlę jelitową przecięcie krezki. Sprawą tą zajmowało się wielu chirurgów, a między nimi ogłosił przed kilkunastu laty badania swe prof. Rydygier; otrzymane przez niego wyniki K. potwierdzić może prawie w całości. W doświadczeniach swych dążył Kryński do możliwie dokładnego oznaczenia tych granic, w których przecięcie krezki nie wywołuje jeszcze niedających się wyrównać zaburzeń w odżywianiu ściany jelita. Źródłem odżywiania jelita są, jak wiadomo, rozgałęzienia tętnicy krezkowej *(arteriae mesenter. sup.)*, które w krezce przez podział dwudzielny i wzajemne połączenie tworzą kilka (3—5) szeregów łuków; z ostatniego z nich, leżącego najbliżej pętli jelita, wchodzą drobne gałązki wgłąb samej ściany jelitowej. Otóż z doświadczeń K. wynika, że przecięcie krezki jest tem niebezpieczniejsze, im bliżej jelita wypada i odwrotnie, czem dalej od niego przecinamy krezkę, na tem większej przestrzeni możemy to uczynić bez szkody dla żywotności ściany. Mianowicie: 1) Jeżeli przeciąć naczynia wraz z krezką przynajmniej w odległości 3 ctm. od brzegu lelita, to można pozbawić bezkarnie krążenia bezpośredniego pętlę jelitową długości 25—32 ctm.; przekroczenie tej ostatniej długości zawsze pociągało za sobą częściowe obumarcie ściany. 2) Jeżeli zaś przecina się gałązki poziomo, tworzące łuki tuż nad brzegiem jelita, to niebezpiecznem jest już przejście ponad 6 ctm. długości. 3) Jelito przecięte poprzecznie i oddzielone od krezki przy brzegu nawet na bardzo małej przestrzeni ulega zgorzeli zawsze; okoliczność ważna przy resekcyach jelit, na którą zwrócił uwagę pierwszy Rydygier.

Dane te ulegają zmianom w tych przypadkach, gdzie następują zrosty pomiędzy odnośną pętlą jelita a sąsiednimi narządami. W jednem naprzykład doświadczeniu, gdzie wskutek zbyt znacznego przecięcia krezki, jelito według wszelkiego prawdopodobieństwa uległoby zgorzeli, udało się je uratować przez zrobienie enteroanastamozy z sąsiednią pętlą.

Prof. Rydygier zaznacza, że doświadczenia kol. Doc. Kryńskiego są równoległe z jego doświadczeniami, które zupełnie mylnie przytaczają w literaturze jako doświadczenia „Rydygier-Madelung". Doświadczenia jego i Madelunga mają tyle wspólnego, że się w jednym ukazały czasie. Istota ich jest jednakowoż różną. Mianowicie wykazał mowca poraz pierwszy przez swe doświadczenia, iż wrażliwość przeciętego jelita jest tak wielką, że oddzielenie jelita od krezki nawet na małej przestrzeni wywołuje obumarcie jelita. Madelung tego nie wykazał.

Kol. Doc. Ciechanowski odnośnie do ostatniego punktu przemówienia kol. Kryńskiego podnosi wielkie znaczenie nowotworzących się połączeń naczyniowych dla odżywienia jelita. Połączenia te tworzą się zresztą bardzo szybko, jak o tem przekonał się C. na preparatach kol. Rutkowskiego z pętli jelitowych, wszczepianych do pęcherza i odcinanych od krezki, które to preparaty C. szczegółowo przeglądał. Daje się z tego wysnuć dalszy wniosek, że jelito jest materyałem, bardzo podatnym do plastyki, ponieważ szybko zastosowuje się do odżywienia, jakiego mu udziela obca tkanka.

Kol. Rutkowski potwierdza zdanie kol. Doc. Ciechanowskiego, gdyż na podstawie doświadczeń nad plastyką pęcherza doszedł do przekonania, że naczynia w krezce wszczepionej pętli szybko zarastają (obliterują). Krezkę wszczepianej pętli przecinał kol. R. dość wcześnie, płatek mimo to utrzymywał się tak dobrze, że można było wkrótce wycinać z niego kawałeczki do badania, — a rana zeszyta po ubytku goiła się przez rychłozrost.

Kol. Doc. Ciechanowski przedstawia kilka rzadszych okazów *postronków śródotrzewnowych,* które mogły dać powód, lub rzeczywiście dały powód do zadzierzgnięcia jelit, między nimi kilka nitek końcowych wyrostka Meckela, końcem obwodowym lub dośrodkowym przyrośniętych w różnych miejscach otrzewnej; dwa przypadki postronków zadzierzgających, utworzonych przez długi wyrostek robaczkowy, przyrośnięty wolnym końcem do sąsiednich pętli jelitowych, lub otrzewnej ściennej; jeden okaz, w którym przyczyną zadzierzgnięcia jelit był obwodowy koniec przyrośniętego jajowodu i jeden okaz postronka zadzierzgającego, utworzonego z wydłużonego przydatku tłuszczowego *(appendix epiploica)*, przyrośniętego w dwóch miejscach do kiszki jelita cienkiego. (Przypadek ostatni pochodzi z praktyki kol. Czaplińskiego, prymaryusza szpitala w N. Sączu).

Kol. Sołtysik: *O resekcyi kończyn przy nowotworach.* Mowca przytacza dwa przypadki: jeden *osteosarcoma periostale ulnae*, w którym nowotwór zajmował $^2/_3$ dolne kości łokciowej, drugi *osteosarcoma periostale humeri ingens;* w 1-szym przypadku wykonano najpierw wyłuszczenie kości łokciowej, a gdy po 3 miesiącach wystąpił nawrót nowotworu w mięśniach miękkich, — wykonano amputacyę ramienia. W przypadku drugim wyłuszczono łopatkę i zresekowano kość ramieniową; chory umarł wskutek znacznej utraty krwi i wstrząsu w 2 godziny po operacyi. Mowca wyraża przekonanie, że w przypadkach nowotworów złośliwych kości kończyn, należy wykonywać raczej amputacyę, niż resekcyę.

Kol. Doc. Bărącz: *Kilka słów w sprawie leczenia twardzieli nosa.*

Prelegent poleca ignipunkturę na podstawie własnego doświadczenia, jako bardzo dobry sposób leczenia w przypadkach twardzieli nosa. Sposób ten przewyższa, zdaniem prelegenta, inne o tyle, że daje równie dobre wyniki, a jest od nich łagodniejszy.

Kol. Rossberger (Jarosław): *Próchnica zębów u naszej uczącej się młodzieży i odnośnie do tego kilka uwag o higienie szkolnej na podstawie badań dokonanych na 3,650 uczniach szkół publicznych w Jarosławiu.*

Tenże: *Stygmata zębowe i ich znaczenie rokujące w chorobach ogólnych, ubezpieczeniach na życie i wyborze mamek.*

Dwa te obszerne i ciekawe wykłady ogłoszone być mają w *Przeglądzie lekarskim*, dlatego nie podajemy ich streszczenia. Podnieść tylko na razie należy, że prelegent poruszył bardzo ważną sprawę statystyki dentystycznej, której u nas zupełny brak, a dalej sprawę higieny szkolnej, która u nas bardzo nizko stoi. Najlepszym tego dowodem odsetek zepsutych zębów u młodzieży szkolnej. Prelegent wykazał na 3,650 uczniów 78% z zepsutymi zębami. Przyczyna tego tkwi przedewszystkiem w złych warunkach higienicznych naszych szkół. Prelegent omówił w końcu wyczerpująco sposoby zapobiegania złemu.

Oba wykłady przyjęto oklaskami.

Kol. Krasowski: *O wynikach leczenia garbów sposobem Calota.*

Prelegent stosuje od dwóch lat sposób Calota. Śmiertelnych przypadków było trzy; jeden zmarł w 24 godzin, drugi w 48 godzin po operacyi; w obu tych przypadkach sekcyi nie można było wykonać; trzeci chory zmarł po dłuższym czasie, przedtem jednak stwierdzono polepszenie, trwające jakiś czas. Względnie pomyślnych przypadków miał kol. K. cztery. W jednym z nich, bardzo zaniedbanym, uzyskał znaczne polepszenie; chory, który poprzednio nie chodził, zgłosił się po pewnym czasie z niespodziewanem polepszeniem chodu. W przypadkach tych nie robiono reklinacyi tylko dystrakcyę. Wyniki wogóle nie są świetne; mimo to sposób Calota nie zasługuje na bezwzględne potępienie.

Kol. Krasowski: *O leczeniu wodniaka mosznu sposobem Winkelmanna.* Prelegent bardzo gorąco zaleca ten sposób, uważając go za zabieg doszczętny, a bardzo łagodny.

Radca Dworu Prof. Rydygier: *O leczeniu przetok kałowych.* Prelegent uważa resekcyę odpowiedniego odcinka jelita za jedynie właściwy sposób leczenia przetok kałowych. (Wykład ten ogłoszony będzie w całej rozciągłości drukiem).

Zamykając IX. Zjazd chirurgów polskich, dziękuje wreszcie przewodniczący obecnym za udział w obradach, a kol. Drowi Rutkowskiemu, jako gospodarzowi; Zgromadzenie zaś wyraża oklaskami uznanie przewodniczącemu.

Na tem zakończono obrady Zjazdu.

VII. Listy z Paryża

napisał

Dr. Stanisław Kaczyński.

II.

Gminy pod względem administracyjnym cieszą się tu nadzwyczaj szerokim samorządem; mer w porozumieniu z radą gminną może w tym kierunku zmienić wszystko od góry do dołu, byleby się tylko trzymał ustaw obowiązujących. Dlatego

też i administracya sanitarna większych miast jest jeszcze bardziej niejednolita, niż po departamentach; spotykamy się tu z wahaniami od największego zaniedbania do wzorowych urządzeń.

Miasto Nancy, a za jego przykładem Havre, Reims, Nizza, Tuluza i wiele innych zorganizowały swą administracyę sanitarną w sposób godny naśladowania. Oto przykład stosunków istniejących w Amiens, liczącem 88.000 ludności: W gmachu merostwa pomieszczone jest t. zw. *bureau d'hygiène;* dyrektor biura doktor medycyny, ośmiu lekarzy obwodów, na które podzielone jest miasto, dwu lekarzy zastępców, inspektor produktów spożywczych, inspektor pomocnik stanowią to biuro, a mianuje ich i w danym razie uwalnia mer miasta. W urzędzie tym ogniskują się wszystkie sprawy, wchodzące w zakres higieny publicznej.

Lekarz dyrektor wykonuje ogólny nadzór nad wszystkiem, w szczególności zaś obowiązkiem jego jest wystawianie świadectw uzdolnienia fizycznego kandydatom na urzędników miejskich i świadectw niezdolności do pracy dla urzędników, pragnących być uwolnionymi z urzędu przed czasem wymaganym. Lekarz obwodowy w swej dzielnicy: leczy bezpłatnie ubogich, szczepi ospę, nadzoruje szkoły, przytułki, odwiedza obłąkanych i dzieci, nadzoruje fabryki, lokale publiczne i domy prywatne pod względem ich zdrowotności, donosi o wybuchu chorób nagminnych i jest obowiązany je tłumić, wreszcie dostarcza do biura danych statystycznych co do śmiertelności, urodzin i małżeństw. Na koniec inspektorzy produktów spożywczych badają mięso w rzeźni miejskiej i inne środki spożywcze po halach targowych i sklepach i przedstawiają propozycye dla naprawy wadliwości, jeśli jakie dostrzegli w sprawach swego zakresu działania.

Zaznaczyć wypada, że władze miejskie wymienionych miast mają bezwzględne zaufanie do sprawozdań, wychodzących z biur higienicznych i, w granicach możliwości, czynią zadość ich żądaniom. Dzięki też temu statystyka sanitarna wykazuje tam wyniki dodatnie.

Miasto Paryż i departament „Sekwany“ stanowią wyjątek pod względem administracyjnym, rządzą się bowiem statutem z roku 1849. Samo miasto podzielone jest na 20 dzielnic *(arrondissements)* z merem na czele, którego nie wybiera rada, ale mianuje rząd. Każdy obwód *(Quartier)*, których jest cztery w jednej dzielnicy *(arrondissement)* wybiera jednego radcę miejskiego. Prefekt departamentu Sekwany i prefekt policyi dzielą się naczelną władzą nad miastem; temu ostatniemu przypadają w udziale sprawy sanitarne i porządek publiczny. Jemu do pomocy dodany jest *Conseil d'hygiène et de salubrité de la Ville de Paris*, złożony z 35 członków. Ogromna ilość lekarzy pełni i tu rozmaite czynności publiczne. I tak, podobnie jak po departamentach i innych miastach są tu osobni lekarze nadzorujący szkoły, lekarze nadzorujący dzieci po fabrykach zajęte, czuwający nad obłąkanymi po domach prywatnych i dziećmi do lat dwu i lekarze epidemii. Lekarze, przeznaczeni do szczepienia ospy, dokonują najczęściej tej czynności w merostwie, a nie zależnie od tego w budynku Akademii lekarskiej przez cały rok można się zgłosić w tym celu trzy razy tygodniowo. W *laboratoire municipal* zajęta jest znaczna ilość lekarzy i chemików z obowiązkiem przeprowadzania wszelkiego rodzaju rozbiorów, przetworów chemicznych i środków spożywczych. Władze sądowe i administracyjne liczą się z wynikiem badań dokonanych w tej pracowni i odpowiednio do niego wydają wyroki. (U nas inaczej!) Strony prywatne otrzymują tu rozbiory chemiczne bezpłatnie. Osobni lekarze badają co dwa tygodnie każdą zarejestrowaną prostytutkę i chore odsyłają do więziennego szpitala. Odnośny oddział w prefekturze policyi nosi nazwę *Dispensaire de salubrité. Médecins de l'état civil* są przeznaczeni do oględzin zmarłych i do prowadzenia statystyki śmierci i urodzin; jest ich 3 lub więcej w każdej dzielnicy *(arrondissement)* zależnie od zaludnienia. W *Commission des logements insalubres* zasiada obok architektów, inżynierów, chemików i t. p. także wielu lekarzy z głosem doradczym.

I o ubogich chorych tu nie zapomniano. Po merostwach dzielnic miasta działają t. zw. *bureaux de bienfaisance*. Lekarze tych biur urzędują w nich w pewnych stałych godzinach dnia, a prócz tego są obowiązani spieszyć na każde wezwanie do domu. Lekarstwa rozdawane są na koszt gminy. Do pomocy jednak lekarskiej w ten sposób udzielanej mają prawo tylko ci, których nazwiska są pomieszczone w odnawianym od czasu do czasu wykazie ubogich. Lekarze tych biur otrzymują wynagrodzenia 1000 do 2000 franków rocznie, zależnie od tego, czy urzędują w środkowych, czy w obwodowych dzielnicach miasta.

Jeszcze jedna instytucya miejska zasługuje na wzmiankę, to jest stacye ratunkowe. W mieście tych rozmiarów co Paryż, z tak rozgałęzioną siecią omnibusów i tramwajów, z dziesiątkami tysięcy dorożek i powozów prywatnych, gdzie czasem minutami trzeba wyczekiwać na odpowiednią chwilę do przejścia na drugą stronę ulicy, gdzie codzień przynajmniej o kilku, jeśli nie kilkunastu, czyta się zamachach na życie, gdzie nowe i modne automobile co krok kogoś kaleczą, jeśli nie zabijają, stacye te nie są wcale zbyteczne. Są też one gęsto rozmieszczone po licznych posterunkach policyjnych, koszarach straży ogniowej, merostwach, szkołach. Oznaczają je napisy: *Poste de secours*, albo *Secours aux blessés*, a wieczór latarnie kolorowe. Wzdłuż Sekwany najczęściej w pobliżu mostów znajdują się znowu stacye do ratowania tonących: *Secours aux noyés.* Urządzenie tych stacyj składa się z najniezbędniejszych materyałów opatrunkowych, noszy, narzędzi i t. p., a osobni lekarze są przeznaczeni do zwiedzania stacyj i przekonywania się od czasu do czasu o ich stanie. Do przewożenia chorych i rannych do szpitali, jak również ze szpitali do domów, służą stosowne wozy ratunkowe, oznaczone białą chorągiewką z czerwonym krzyżem.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska.

Dnia 30 czerwca b. r. odbyły się wybory do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej. Komisya złożona z Drów: Festenburga, Mukowicza, Papéego, Stachiewicza i Uhmy przeprowadziła skrutynium, którego wynik jest następujący:

I. Z okręgu wyborczego miasta Lwowa wybrani zostali na 113 głosujących na członków Izby: Dr. Edward Festenburg 110 głosami, Dr. Wacław Sobierański 101 gł., Dr. Jan Papée 63 gł., Dr. Wilhelm Pisek 59 gł. Na zastępców: Dr. Hilary Schramm 98 gł, Dr. Grzegórz Ziembicki 95 gł, Dr. Kazimierz Trzcieniecki 58 gł., Dr. Władysław Tatarczuch 52 głosami.

II. Z okręgu wyborczego obejmującego powiaty: Przemyśl, Mościska, Jaworów, Cieszanów, na 27 głosujących wybrany członkiem Dr. Zygmunt Smolarski 24 gł., zastępcą Dr. Stanisław Ruczka 24 głosami.

III. Z okręgu wyborczego obejmującego powiaty: Rawa, Sokal, Kamionka, Żółkiew, Gródek, na 29 głosujących wybrany członkiem Dr. Karol Muszkiet 21 gł., zastępcą Dr. Miron Jajus 7 głosami.

IV. Z okręgu wyborczego obejmującego powiaty: Brody, Złoczów, Brzeżany, na 39 głosujących wybrany członkiem Dr. Aleksander Wysocki 27 gł., zastępcą Dr. Tadeusz Uranowicz 17 głosami.

V. Z okręgu wyborczego obejmującego powiaty: Lwów, Bóbrka, Rudki, Żydaczów, Przemyślany, Rohatyn, na 17 głosujących wybrany członkiem Dr. Władysław Bylicki 7 gł., zastępcą Dr. Czesław Uhma 4 głosami.

VI. Z okręgu wyborczego obejmującego powiaty: Turka, Staremiasto, Drohobycz, Stryj, Sambor, na 33 głosujących wybrany członkiem Dr. Wiktor Lechowski 21 gł., zastępca Dr. Andrzej Jeż 27 głosami.

VII. Z okręgu wyborczego obejmującego powiaty: Stanisławów, Dolina, Kałusz, Bohorodczany, na 29 głosujących wybrany członkiem Dr. Aleksander Żukowski 26 gł., zastępca Dr. Mikołaj Podłuski 21 głosami.

VIII. Z okręgu wyborczego obejmującego powiaty: Tarnopol, Zbaraż, Skałat, Trembowla, na 15 głosujących wybrany członkiem Dr. Józef Eckhardt 10 gł., zastępca Dr. Jakób Moszkowicz 6 gł.

IX. Z okręgu wyborczego obejmującego powiaty: Czortków, Podhajce, Buczacz, Husiatyn, Zaleszczyki, Borszczów, na 19 głosujących wybrany członkiem Dr. Ludwik Lutyński 6 gł., zastępcą Dr. Edward Koerner 7 głosami.

X. Z okręgu wyborczego obejmującego powiaty: Kołomyja, Horodenka, Śniatyn, Kosów, Peczeniżyn, Nadwórna, na 23 głosujących wybrany członkiem Dr. Władysław Piaskiewicz 17 gł., zastępca Dr. Aleksander Nincenz 15 gł.

Celem ukonstytuowania się została nowa Izba zwołaną na dzień 9 września b. r.

Lwów, dnia 27 sierpnia 1899 r.

Dr. Festenburg.

W sprawie lekarzy szkolnych.

Sejm krajowy śląski wystósował do rządu żądanie zaprowadzenia instytucyi lekarzy szkolnych. Rząd kraj. śląski zażądał w tym względzie opinii c. k. śląskiej kraj. Rady zdrowia, która w myśl sprawozdania radcy zdrowia i starszego lekarza powiatowego, Dra H. Husserla, wydała opinię, którą tu w streszczeniu przytaczamy [1]).

Dążnością nowoczesnej medycyny jest zapobieganie chorobom. Postępy etyologii i rozwój higieny znaczne w tym kierunku oddały już usługi. W ostatnich prawie latach powstała nowa gałęź higieny, tak zwana higiena szkolna [2]), otwierająca nowe widnokręgi. Wykonawcami praktycznymi tej nowej nauki mają być lekarze szkolni, o których powołanie i odpowiednie uposażenie coraz liczniej upominają się ciała nauczycielskie, koła lekarskie, sejmy i t. d. Mimo to rząd nie spieszy z wypełnieniem tych żądań tak, że liczne już dość ciała autonomiczne tworzą posady lekarzy szkolnych na własną rękę i na własny koszt, czując dobrze ich potrzebę. Motywa tej potrzeby są: Najprzód wiek młodzieży szkolnej, będącej właśnie w okresie rozwoju fizycznego i umysłowego, — jej wątłość, większa skłonność do chorób, a mniejsza przeciw nim odporność; — dalej zwiększone niebezpieczeństwo nabycia choroby przez wspólny pobyt znacznej liczby dzieci w szkole. Ważnym motywem jest również, że państwo winno zarówno, jak opiekuje się swymi obywatelami dojrzałymi, wprowadzając dla nich kasy chorych, tak powinno się także opiekować swemi nieletniemi dziećmi i ustanowić dla nich stały nadzór lekarski szkolny, — tem więcej, że jeśli państwo zmusza dzieci ustawą do uczęszczania do szkoły, niestety rzadko kiedy dobrze (pod względem higienicznym) urządzonej i prowadzonej, to tem samem powinno je zabezpieczyć od wszelkich niebezpieczeństw nabycia w szkole choroby, co jest możliwem tylko przez ustanowienie ścisłego dozoru lekarskiego.

Władze są nawet świadome tego obowiązku; dowodzą tego rozporządzenia ministeryalne, polecające nadzór nad szkołami dzisiejszym lekarzom urzędowym („Amtsärzte“?). Ci jednak są już tak przeciążeni swemi czynnościami urzędowemi, że wprost nie są w stanie spełniać choćby części obowiązków lekarzy szkolnych.

Nie tu miejsce pisać instrukcyę dla lekarzy szkolnych. Przytoczyć jednak musimy choć w grubszych rysach zakres ich działania. I tak winni oni wydawać opinię przy budowie i urządzeniu szkoły; przez częste odwiedzanie szkół przekonywać się o usterkach sanitarnych, jakie się tam mogły zakraść, zarządzić ich usunięcie, badać przy zwiedzaniu urządzenie wychodków, zaopatrzenie szkoły w dobrą wodę, przewietrzanie, dobre ławki szkolne, należyte opalanie, czystość, — dalej przestrzegać, by uczniowie byli w klasach rozmieszczani odpowiednio do ich rozwoju i sił, czuwać nad stanem zdrowia pojedynczych uczniów, zwracać baczną uwagę na wątłych i słabych i udzielać nauczycielom i rodzicom odpowiednich wskazówek co do postępowania z nimi, — wcześnie rozpoznawać chorobę zakaźną, z jakąby dziecko do szkoły przyszło, i zarządzić zaraz wszystko celem ochrony innych dzieci przed zakażeniem. Wreszcie dopilnować ścisłego przeprowadzenia wydanych zarządzeń — i udzielania zawsze chętnie ciału nauczycielskiemu i rodzicom dzieci wszelkich wskazówek higieniczno-sanitarnych.

Rzeczą jest naturalną, że spełnianie tak licznych i uciążliwych obowiązków nie może być pozostawione dobrej woli lekarza bezpłatnego, lecz że projekt ustanowienia lekarzy szkolnych z takimi obowiązkami musiałby upaść w razie niedostatecznego wynagrodzenia tych lekarzy.

Kto ma ponosić te koszta, czy państwo, kraj, powiat, czy gmina, to uchyla się z pod kompetencyi kraj. śląskiej Rady zdrowia. Sądzi ona jednak, że nie potrzeba tworzyć nowej organizacyi lekarzy szkolnych, lecz zjednoczyć ją z organizacyą gminnej służby zdrowia (!).

Referat kończy się następującemi twierdzeniami:

1) Zwiększona higieniczna opieka nad młodzieżą szkolną jest zupełnie uzasadniona jej warunkami fizyologicznymi.

2) Stały dozór lekarski nad szkołą i uczniami przez osobne organa (lekarzy szkolnych), obok peryodycznego urzędowo-lekarskiego zwiedzania szkół przez lekarzy urzędowych (Amtsärzte?), należy najrychlej zaprowadzić.

3) Czynności lekarzy szkolnych winne być należycie wynagradzane.

4) Obowiązki lekarzy szkolnych byłoby najkorzystniej połączyć z obowiązkami lekarzy gminnych (względnie miejskich).

5) Lekarzami szkolnymi powinni być w zasadzie mianowani lekarze gminni (!).

6) Gminy należy zobowiązać do zorganizowania i utrzymywania lekarzy szkolnych.

Tyle streszczenie referatu śląskiej Rady zdrowia.

Pomijając za obszerny wstęp, a zbyt zwięzłe wyliczenie obowiązków lekarzy szkolnych, — zastanowić musi każdego, że śląska Rada zdrowia cały ciężar utrzymania i stworzenia organizacyi lekarzy szkolnych zwala na barki gmin. Być może, że gminy śląskie stoją pod tym względem na odpowiedniej wysokości i rozporządzają na ten cel środkami. Lecz nie można sobie dobrze wyobrazić, w jaki sposób przeważna większość naszych choćby zamożniejszych gmin potrafiłaby takiemu zadaniu podołać. Zresztą widzimy na każdym kroku, że rząd coraz to większe obowiązki i ciężary nakłada na ciała autonomiczne i jeszcze uszczupla ich dochody. Toż w końcu przyjdzie myśleć, że tylko w tym celu udzielono krajom, powiatom i gminom pewnego samorządu, by je tem łatwiej różnymi ciężarami obarczać. Należałoby sobie już raz powiedzieć, że obok wymyślania i pobierania różnych podatków, ma rząd także i pewne obowiązki troszczenia się o zdrowie ludności, które tylko w części spełnia przez swe organa sanitarne, a które swoją drogą nadmiernie pracą obarcza. Przypuścić chyba należy, że śląska kraj. Rada zdrowia tak dalece nie ma nadziei, by rząd spełnił swój obowiązek ustanowienia lekarzy szkolnych, że raczej zwala ten ciężar na gminy. Toż i Galicya wprowadziła organizacyę lekarzy okręgowych, nie mając już żadnej nadziei, by to rząd uczynił. *Dr. Jan Gwiazdomorski.*

---

[1]) *Oester. Sanitätswesen*, Nr. 33 z roku 1899.

[2]) U nas »Higienę szkolną« opracował ś. p. Dr. T. Żuliński jeszcze w r. 1886. (Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 31 sierpnia.

* Dzienniki rozniosły niepokojącą wieść o wybuchu dżumy na południowym wschodzie Rosyi. Wieści tej dodały wagi depesze z Rumunii i Turcyi, donoszące o zarządzeniach sanitarnych na wschodniej granicy obu tych państw, właśnie z powodu powstania tego nowego ogniska dżumy; przypuszczać należy, że oba te rządy oparły te ścieśniające wolny ruch zarządzenia nie na podstawie wieści dziennikarskich, lecz na sprawozdaniach własnych urzędów konsularnych. Rząd rosyjski nie zaprzeczył istocie tych wieści, lecz nadał im wyraz ze stanowiska lekarskiego nieco niejasny; ogłasza on mianowicie w dzienniku urzędowym (*Prawitielstwiennyj Wiestnik* 8—VIII, st. st.) następujący komunikat: »W guberni Astrachańskiej, we wsi Kołobówce, wystąpiło w drugiej połowie lipca złośliwe nagminne zapalenie płuc, z którego do tej pory zmarło osób 21«. Gdy jednak wiadomo, że zapalenie płuc stanowi współobjaw stały dżumy, to bardzo stać się może, że badanie naukowe wykaże, że wzmiankowane zapalenie płuc okaże się przyrody dżumowej. Sądząc z zachodów przez rząd rosyjski przedsięwziętych, z wysłania taboru sanitarnego, lekarzy, sióstr miłosierdzia, a ponoś i opasania wspomnianej osady, wnosićby należało, że w Petersburgu zdają sobie sprawę z tego, że położenie może okaże się poważnem.

Zapewne wyżej przytoczone oświadczenie rządu rosyjskiego nie było znane Drowi Daimerowi, zastępcy kierownika departamentu sanitarnego, Dr. Kusyego, skoro wyjaśniając stanowisko rządu austryackiego wobec dżumy na dwóch krańcach Europy, oświadczył on niemal twierdząco, że w guberni Astrachańskiej niema właściwie dżumy, lecz jest tak zwana sybirska czyli śledzionowa zaraza, to jest wąglik. W Rosyi zbyt dobrze znają się na sybirskiej czyli śledzionowej zarazie, ażeby wąglik nazwano w urzędowym oświadczeniu »zapaleniem płuc«. Nie przypuszczamy również, ażeby rządy: rumuński i turecki, bądź co bądź liczące się z Rosyą, ośmieliły się na oddzielenie swych posiadłości kordonem sanitarnym od Rosyi, gdyby w guberni Astrachańskiej i to w jednej tylko osadzie wybuchł wąglik lub pospolite zapalenie płuc. Sprawa ta do tej pory pozostaje jeszcze nie wyjaśnioną, więc i nie daje pola do żadnych stanowczych twierdzeń.

* Dżuma w Oporto nie ustaje i już przekradła się poza kordon, opasujący to miasto.

* Rzetelnośc i współubieganie się nie zawsze idą w zgodnej parze. Dr. Dzierżgowski ogłosił w Nrze 32 *Wracza* pracę, w której dowodzi potrzeby wprowadzenia w Rosyi ogólnego i obowiązującego sposobu oznaczania siły surowicy przeciwbłoniczej. Wyliczając wszystkie szkodliwości, wynikające z braku tego ujednostajnienia, przytacza Dr. Dzierżgowski następujące zdarzenie: jedno z ziemstw guberni Tambowskiej używa stale surowicy prof. Bujwida; chcąc się przekonać o sile krakowskiej surowicy przeciwbłoniczej, wysłało rzeczone ziemstwo 2 flakoniki tej surowicy do kierownika jednej z fabryk berlińskich, wyrabiającej surowice lecznicze, z prośbą o sprawdzenie jej siły. Kierownictwo fabryki odpowiedziało ziemstwu, że przeprowadzający kontrolę »lekarz« orzekł, że przysłana surowica jest słabą, gdyż zawiera nie 1000, lecz tylko 650 jednostek. Żywiąc niejakie wątpliwości, ziemstwo znowu wysłało dwa flakoniki do sprawdzenia, lecz już nie do Berlina, a do Instytutu medycyny doświadczalnej w Petersburgu. Ponieważ berlińska fabryka surowic leczniczych w swem orzeczeniu oświadczyła, że do zbadania przysłanej surowicy posłużyła się »normalną toksyną« i „normalną surowicą«, pochodzącemi z »niemieckiej stacyi kontrolującej«, to dla osiągnięcia równoległych wyników badania Instytut medycyny doświadczalnej posłużył się w swych badaniach tą samą niemiecką metodą i tymi samymi przetworami, które mu dostarczył prof. Ehrlich. Wynik badania w Instytucie wykazał, że wbrew twierdzeniu berlińskiej fabryki i jej firmowego doktora, surowica wyrobu prof. Bujwida nietylko zadość czyni normie, przyjętej przez niemiecką stacyę kontrolną, lecz nawet tę normę siłą swą przewyższa.

Jak kwalifikuje Dr. Dzierżgowski ze stanowiska moralnego ten postępek współubiegającej się i zazdrośnej fabryki niemieckiej, łatwo odgadnąć. Z naszej strony, do jego zasłużonej odprawy dodać możemy, że ten naród »bojaźni Bożej« i »dobrych obyczajów« posługuje się wprawdzie wzniosłemi hasłami, lecz czyny jego nie idą jakoś w zgodnej parze z temi hasłami; nie zawadzi przeto zapatrywać się na rzetelność firm pruskich z niejakiem niedowierzaniem.

* Na niedawno odbytym międzynarodowym Zjeździe okulistów w Utrechcie prof. Wicherkiewicz wybrany był prezesem honorowym, oraz przewodniczył w jednej z sekcyj.

* *Wiener klinische Rundschau* zamieszcza korespondencyę z Rosyi, w której autor błędnie informuje swoich czytelników, jakoby w Warszawie już od 2-ch lat istnieje wrzekomo »wyższa szkoła lekarska żeńska«, do której uczęszczają setki kobiet.

* Drugi Zjazd farmaceutów galicyjskich odbędzie się w Krakowie d. 7 października b. r.

* W Peszcie odbędzie się międzynarodowy Zjazd dla ochrony dzieci od 12 do 18 września b. r. Komitet zamierza dać stałą ciągłość pracom tego Zjazdu, który zamienić się ma na stowarzyszenie, posiadające swój statut. Celem Zjazdu jest omawianie i popieranie tych wszystkich spraw i reform, które dotyczą małoletnich bez różnicy rasy, płci i wyznania i powinne być w interesie postępu ludzkości wprowadzone w życie. Zjazd podzieli się na pięć sekcyj: lekarską, prawniczą, pedagogiczną, dobroczynną i filantropijną. Członkiem Zjazdu może być delegat każdego, oddającego się opiece nad dziećmi stowarzyszenia lub takiejże władzy, tudzież każda dorosła osoba, praktycznie lub teoretycznie zajmująca się ochroną dzieci. Wkładka wynosi 5 złr.; zakłady naukowe, nauczyciele i osoby pracujące w ochronkach płacą połowę. Język francuski będzie językiem obrad.

* Ruch ludności m. Krakowa w tygodniu XXXIII (13—19 VIII). Małżeństw było 15 (9·47), urodzin 64 (40·29), skonów 48 (30·22). Umarło z gruźlicy osób 5, z krztuśca 2, z płonicy 1, z cholery dziecięcej — 4.

* *Lyon médical* donosi, że w Paryżu morfinomania rozpowszechniła się przerażająco: apteki sprzedają morfinę bez wszelkich skrupułów; a w dodatku powstał tam zastęp ludzi przedsiębiorczych, którzy w miejscach publicznych, bulwarach i parkach wstrzykują morfinę nałogowym morfinomanom, biorąc po pół franka za jedno wstrzyknięcie. Operacya odbywa się w miejscach ustępowych.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Antoni Osowicki, urodzony w roku 1842, zakończył życie w Miedzianowie. Zmarły należał do wielce szanowanych obywateli Ks. Poznańskiego i ceniony dla swych zdolności zawodowych. Pełnił obowiązki prezesa stowarzyszenia pomocy naukowej im. Marcinkowskiego, oraz był długoletnim lekarzem kierującym w szpitalu św. Józefa w Poznaniu. Dr. Józef Lossberg zmarł w Możejkach na Litwie, w 70 r. życia. Dr. Józef Nowak, b. lekarz kolei nadwiślańskiej, zmarł w Garwolinie, w 53 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 34: Gabszewicza A.: Przetoka przewodu śliniankowego, wytworzenie nowej drogi dla odpływu śliny z zejściem pomyślnem. Dr. Brudzińskiego: Epidemia różyczki (c. d.). Dr. J. Fajersztajna: Polymyositis primaria (c. d.). Pechkranca St.: Samoistne cierpienia serca (c. d.). W *Medycynie* Nr. 34: Tumpowskiego A.: Przypadek bezładu ruchowego ostrego po ostrem cierpieniu zakaźnem. Sacewicza K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Serkowski St.: O budowie kolonij bakteryjnych. (Odbitka z *Pamiętn. Tow. lek. warsz.*, 1899).

— Dr. Szuman St.: Vereinfachung der Elektrotherapie durch einen neuen Universal Commutator. (Odbitka z *Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 42, 1892).

— Tenże: Ein Beitrag zu den Herzaffectionen bei Railway-Brain und zu der Behandlug dieses Leidens. Monachium.

— Tenże: Zu den Psychosen nach Augenverletzungen. (Odbitka z *Münch. med. W.*, Nr. 1, 1897).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

KONKURSY.

Wskutek rozporządzenia Wydziału krajowego z dnia 9 sierpnia 1899, L. 52.961, rozpisuje się niniejszem konkurs na dwie posady lekarzy okręgowych, a mianowicie dla okręgu sanitarnego *Lubieńskiego*, obejmującego 14 gmin i obszarów dworskich, na obszarze 14.607 hektarów, w ilości 12·704 mieszkańcow z siedzibą lekarza okręgowego w Lubieniu wielkim. tudzież dla okręgu sanitarnego *Dąbrowickiego*, obejmującego 9 gmin i obszarów dworskich, na obszarze 23.270 hektarów, w ilości 11.294 mieszkańców, z siedzibą lekarza okręgowego w Dąbrowicy.

Obowiązki lekarza okręgowego określa instrukcya, wydana przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym, a mianowicie § 14 rozporządzenia wykonawczego do ustawy z d. 2 lutego 1891 Dz. ust. i rozp. kraj. Nr. 82, Cz. XXII.

Tenże obowiązanym będzie utrzymywać aptekę domową.

Dla lekarza okręgowego w Lubieniu wielkim wyznaczoną została płaca roczna 500 złr. i ryczałt roczny na koszta podróży służbowych w kwocie 300 złr., zaś dla lekarza okręgowego w Dąbrowicy płaca w kwocie 600 złr. i ryczałt w kwocie 400 złr.

Ubiegający się o powyższe posady winni wykazać, iż posiadają następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego.
2) Dyplom Doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.
3) Nieskazitelny charakter.
4) Znajomość obu języków krajowych.
5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.
6) Dostateczną fizyczną zdatność.

Należycie udokumentowane podania winne być wniesione do Wydziału powiatowego w Gródku, najpóźniej do dnia 30 września 1899. 173

Gródek, dnia 22 sierpnia 1899.

L. 53.531.

Wydział krajowy Królewstwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem ogłasza niniejszem konkurs na posadę sekundaryusza szpitala powszechnego w Żółkwi z płacą 500 zł. w. a. rocznie.

Od kandydata wymaga się:

a) aby posiadał dyplom doktora wszech nauk lekarskich z jednego z uniwersytetów austro-węgierskiej Monarchii;
b) był przynależnym do tutejszego państwa;
c) nie przekroczył 40 roku życia.

Pierwszeństwo mieć będzie ten, kto odbył dłuższą praktykę lekarską na c. k. klinice lub w jednym ze szpitali powszechnych, ze szczególnem uwzględnieniem praktyki na oddziale chirurgicznym i położniczym.

Ubiegający się o nadanie tej posady winni najpóźniej do 20 września r. b. wnieść swe podania do Wydziału krajowego z dołączeniem metryki urodzenia i świadectw, udowadniających wymaganą kwalifikacyę. 172

Lwów, dnia 16 sierpnia 1899. *Grott.*

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.